

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Manoel Bernardino dos
Santos, Torres/RS**

Yiliana Maria Castillo Torres

Pelotas, 2015

Yiliana Maria Castillo Torres

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Manoel Bernardino dos Santos, Torres/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Marcos Fábio Turra

Pelotas, 2015

T693m Torres, Yiliana Maria Castillo

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Manoel Bernardino dos Santos, Torres/RS / Yiliana Maria Castillo Torres; Marcos Fábio Turra, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

114 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Turra, Marcos Fábio, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minha família e aos meus amigos
pela ajuda.

Agradecimentos

Eu agradeço a toda minha equipe de saúde, aos gestores e em especial a meu orientador por me orientar, ajudar e apoiar com a realização deste trabalho.

Resumo

TORRES, Yiliana Maria Castillo. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Manoel Bernardino dos Santos, Torres, RS.** 2015. 112f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente volume trata da intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Manoel Bernardino dos Santos com o foco na melhoria da atenção à saúde da pessoa Idosa. O cuidado com os idosos é fundamental na atenção básica, haja vista a fragilização da saúde que ocorre nesta fase da vida, o aumento da incidência de doenças crônicas e degenerativas, com aumento de risco de morbimortalidade, sendo importante o bom acompanhamento da saúde da pessoa idosa para que lhe seja proporcionado uma melhor qualidade de vida. A intervenção foi precedida de uma análise da situação de saúde da população, na qual foi definida o foco de intervenção. A área de abrangência da ESF é composta por 290 usuários idosos. O cadastro foi realizado de acordo com as informações obtidas na ficha de acompanhamento de hipertensos, diabéticos, ou alguma outra doença crônica que apresente os usuários maiores de 60 anos. Utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde de Idosos para ser um referencial para as ações executadas. A intervenção apresentou bons resultados em um período de três meses de realização e, apesar de não alcançarmos a meta prevista de 80% da cobertura, foi possível cadastrar 140 usuários idosos (48,3%). Ao final da intervenção todas as metas de qualidade foram atingidas em 100% em todos os indicadores. É importante apontar os cadastrados no Programa passaram a ter um melhor acolhimento, um atendimento de qualidade com exame físico completo, avaliação nutricional, pedidos de exames complementares de acordo ao protocolo para identificar a gravidade das suas doenças e até outras doenças associadas. Todos receberam receitas de medicamentos da Farmácia Popular. Foram também avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Os usuários que estavam com atraso nas consultas foram visitados pelos ACS para que assistissem à consulta. A nossa intervenção melhorou o engajamento público entre a comunidade, gestores e profissionais da saúde, os usuários adquiriram muitos conhecimentos sobre estas doenças, além disso, foi muito importante para o serviço, pois o trabalho ficou mais organizado, oferecendo uma atenção de qualidade aos usuários incluindo a saúde bucal. Também foi muito relevante para a equipe, porque com ela fizemos várias capacitações sobre a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, doenças frequentes nos usuários maiores de 60 anos na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa à saúde do idoso na unidade de saúde.	76
Figura 2	Gráfico da proporção de idoso com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	77
Figura 3	Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	78
Figura 4	Gráfico da proporção de idoso hipertenso e/ou diabético com solicitação de exames complementares em dia.	80
Figura 5	Gráfico da proporção de idoso com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	81
Figura 6	Gráfico da proporção de idoso com verificação da pressão arterial na última consulta.	83
Figura 7	Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	84
Figura 8	Gráfico da proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programada.	85
Figura 9	Gráfico da proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa.	86
Figura 10	Gráfico da proporção de idosos com registros na ficha de espelho em dia.	87
Figura 11	Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da pessoa idosa.	88
Figura 12	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para Morbimortalidade em dia.	89
Figura 13	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para fragilização na velhice em dia.	90
Figura 14	Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social.	90
Figura 15	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudável.	91
Figura 16	Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre práticas de atividade física regular.	92
Figura 17	Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidado de saúde bucal em dia.	93
Figura 18	Gráfico da cobertura do programa à saúde do idoso na unidade De saúde.	99

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença Arterial Coronária
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
GMA	Grupo de Monitoramento e Avaliação da Intervenção
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	57
2.3.3 Logística.....	62
2.3.4 Cronograma.....	66
3 Relatório da Intervenção.....	68
4 Avaliação da intervenção.....	74
4.1 Resultados	74
4.2 Discussão.....	92
5 Relatório da intervenção para gestores	97
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	101
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	104
Referências	107
Anexos	108

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância, pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS). Foi realizado por meio de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à Saúde da pessoa Idosa na Estratégia de Saúde da Familiar (ESF) Manoel Bernardino Dos Santos, no município de Torres, RS. O volume está organizado em sete unidades seguindo o cronograma proposto pelo curso. A primeira é a análise situacional da ESF Manoel Bernardino Dos Santos. A segunda é a análise estratégica constituída pelo projeto da intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os aspectos qualitativos do decorrer da intervenção. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados quantitativos. As três últimas partes estão compostas pelo Relatório da intervenção para os gestores; Relatório da intervenção para a comunidade; e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em novembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF em que trabalho chama-se Manoel Bernardino dos Santos, e localiza-se no município de Torres/RS. É uma unidade da área rural, tem uma população adstrita de 2.335 usuários, composta por uma médica geral, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, recepcionista e quatro agentes comunitários de saúde - ACS, atendendo no modelo de estratégia de saúde da família. Conta-se com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O município tem 6 Equipes de Saúde da Família - ESF todas com boa estrutura e equipes de saúde completo, 1 UBS, 1 Pronto Atendimento, 1 Hospital de referência, 1 CAPS tipo (I), também contamos com NASF tipo (I).

A ESF em que trabalho tem boa estrutura. Está composta por um consultório médico, consultório odontológico, sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, sala de espera, recepção, cozinha, banheiros para usuários e para trabalhadores. Quanto aos ambientes específicos, a ESF tem uma sala de recepção/arquivo de prontuários, uma sala de espera com capacidade para 30 usuários, não tem sala de reuniões, sendo está uma deficiência da unidade. Tem disponibilizada uma sala de almoxarifado, não temos sala de nebulização, nem escovário. Os consultórios não têm sanitários. Também a ESF tem área específica para o compressor, um sanitário para pessoas com necessidades especiais e outro para funcionários, uma cozinha, um depósito para material de limpeza, assim como uma sala para fazer todos os procedimentos de descontaminação do material utilizado nos diferentes procedimentos médicos. Tem abrigo de resíduos sólidos, que são recolhidos uma vez por semana por uma empresa privada, sem separação. Tem depósito de lixo não contaminado, mas diferente do anterior é recolhido três vezes por semana. A ESF está posicionada em lugar acessível para o uso das pessoas com dificuldades

de locomoção, as quais podem chegar ao prédio sem dificuldades, pois existe rampas alternativas para garantir o acesso dessas pessoas, além disso, conta-se com corrimãos para evitar quedas dos usuários idosos. Não temos escadas na ESF.

Dentre as deficiências encontradas, temos o fato de não serem desenvolvidas atividades de ensino, não oferecer atendimento à população nos fins de semana, só contar com uma sala de reuniões, não ter consultórios com sanitários, não tem sala de nebulização, o consultório ginecológico não tem sanitário privativo, não existe sinalização dos ambientes que permita a comunicação em Braille, nem através de recursos auditivos, existe um sistema insatisfatório de manutenção do material de consumo, não existência de megascópios suficientes. Também deverá desenvolver atividades de ensino vinculadas ao PET-Saúde em áreas de ensino superior, e para isso, planeja-se fazer atividades educacionais, integrando os profissionais de diferentes especialidades e níveis sociais.

A resolatividade das demais deficiências encontradas não depende da equipe diretamente, mas pode-se informar e solicitar aos membros da equipe ou construir vínculos com a comunidade para superar as dificuldades. As atribuições dos profissionais caracterizam-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.

Uma das ações desenvolvidas pela equipe de saúde é a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando os grupos expostos a riscos, famílias e indivíduos, assim como os grupos de agravos e a sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais, participando todos os profissionais das equipes.

O cuidado domiciliar é uma ação de muita relevância que é realizada pela equipe, pois oferece um maior intercâmbio dos profissionais com os usuários. Participam a médica, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, o odontólogo e auxiliar de saúde bucal, pelo qual se realizam consultas odontológicas, além de fisioterapia e nebulização.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Torres está situado no extremo norte do litoral do Rio Grande do Sul e sua população é composta, aproximadamente, por 36.859 habitantes, conforme o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010). A cidade possui uma área territorial de 160, 565 km² e sua paisagem destaca-se pela diversidade de recursos naturais: existem lagos, lagoa, rio, além de ser a única praia gaúcha em que sobressaem paredões rochosos à beira-mar e que contém à sua frente a única ilha marítima do estado, a Ilha dos Lobos. Quanto à economia, a principal atividade é o turismo, sobretudo na temporada de verão, período em que a população pode chegar a 400.000 mil. O município consta de 6 ESF todas com boa estrutura e equipes de saúde completo, 1 UBS, 1 Pronto Atendimento, 1 Hospital de referência, 1 CAPS tipo (I), também contamos com NASF tipo (I) bem conformado. Além disso, contamos com diferentes especialidades segundo patologia clínica que apresentem o usuário. Também contamos de laboratórios médicos para a realização de exames médicos fornecidos pelo SUS.

Desde que eu cheguei ao município de Torres RS comecei a trabalhar na ESF Manoel Bernardino Dos Santos, comunidade Rio Verde, encontrando-se na área rural do município tem uma população adstrita de 2335 usuários, composta por uma médica geral, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, recepcionista e quatro ACS, atendendo no modelo de estratégia de saúde da família. Conta-se com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A ESF é totalmente vinculada com o Sistema Único de Saúde através da Prefeitura Municipal de Torres. O horário de atendimento começa às 8 horas da manhã até 12 horas, e das 13:30 horas até 17:30 horas.

A ESF tem boa estrutura, está composta por um consultório médico, consultório odontológico, sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, sala de espera, recepção, cozinha, banheiros para usuários e para trabalhadores. Quanto aos ambientes específicos, a ESF tem uma sala de recepção/arquivo de prontuários, uma sala de espera com capacidade para 30 usuários, não tem sala de reuniões, sendo esta uma deficiência da unidade. Tem disponibilizada uma sala de almoxarifado, não temos sala de nebulização, nem escovário. Os consultórios não têm sanitários. Também a ESF tem área específica para o compressor, um sanitário

para pessoas com necessidades especiais e outro para funcionários, uma cozinha, um depósito para material de limpeza, assim como uma sala para fazer todos os procedimentos de descontaminação do material utilizado nos diferentes procedimentos médicos. Tem abrigo de resíduos sólidos, que são recolhidos uma vez por semana por uma empresa privada, sem separação. Tem depósito de lixo não contaminado, mas diferente do anterior é recolhido três vezes por semana. A ESF está posicionada em lugar acessível para o uso das pessoas com dificuldades de locomoção, as quais podem chegar ao prédio sem dificuldades, pois existem rampas alternativas para garantir o acesso dessas pessoas, além disso, conta-se com corrimãos para evitar quedas dos usuários idosos. Não temos escadas na ESF.

Dentre as deficiências encontradas, temos o fato de não serem desenvolvidas atividades de ensino, não oferecer atendimento à população nos fins de semana, só contar com uma sala de reuniões, não ter consultórios com sanitários, não tem sala de nebulização, o consultório ginecológico não tem sanitário privativo, não existe sinalização dos ambientes que permita a comunicação em Braille, nem através de recursos auditivos, existe um sistema insatisfatório de manutenção do material de consumo, não tem negatoscópios suficientes. Também deverá desenvolver atividades de ensino vinculadas ao PET-Saúde em áreas de ensino superior, e para isso, planeja-se fazer atividades educacionais, integrando os profissionais de diferentes especialidades e níveis sociais.

As atribuições dos profissionais caracterizam-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.

Uma das ações desenvolvidas pela equipe de saúde é a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando os grupos expostos a riscos, famílias e indivíduos, assim como os grupos de agravos e a sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais, participando todos os profissionais das equipes.

O cuidado domiciliar é uma ação de muita relevância que é realizada pela equipe, pois oferece um maior intercâmbio dos profissionais com os usuários.

Participam o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, contamos com a participação do odontólogo e auxiliar dentário, pelo qual se realizam consultas odontológicas, além de fisioterapia e nebulização.

Ainda com relação às necessidades observadas no serviço, tem prioridade a participação de todos os profissionais na busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, já que somente participam o médico, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS. Para isso, na próxima reunião da equipe, será orientado aos demais membros das equipes sua incorporação à mesma.

Minha ESF atende uma área adstrita com 2.335 pessoas, portanto é adequado o tamanho da população em relação ao número de equipes, pois a média deveria ser 4000, mas isso é favorável para melhorar o trabalho de nossa ESF. A distribuição da população por sexo e faixa etária está de acordo com a estimativa com base na distribuição brasileira, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1 - Distribuição da população da área adstrita à ESF Manoel Bernadino dos Santos, Torres, RS.

Faixa etária	População atual	Estimativa do CAP	F	M
< 1	19	28	13	7
1-4	48	56	31	17
5-14	329	346	215	114
15-59	1490	1530	1025	465
>60	290	319	98	192

O acolhimento deve estar presente em todas as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, seja nas unidades de saúde, no domicílio ou nos espaços comunitários. Minha ESF não tem uma sala específica para o acolhimento. O usuário quando chega e recebido primeiramente pela recepcionista, que tem a função de arrumar as fichas dos usuários e encaminhá-los para a sala de enfermagem/procedimentos, onde são acolhidos, avaliados e orientados para as consultas segundo suas necessidades. Não existe equipe de acolhimento, mas é realizado todos os dias nos dois turnos de

trabalho, de forma mista. Todos os usuários que chegam à ESF têm suas necessidades escutadas em mais de 25 minutos, até 30 minutos. Nossa equipe de saúde não conhece nenhuma avaliação e classificação do risco para definir o encaminhamento da demanda do usuário, assim como também não há avaliação e classificação de vulnerabilidade social.

Na ESF Manoel Bernardino Dos Santos existe excesso de demanda espontânea por parte dos usuários residentes de nossa área de cobertura. Quando chegam à unidade são escutados pela enfermeira, de modo que são ouvidas as necessidades, em alguns casos, a enfermeira dá solução e orienta ao usuário retornar outro dia para ser avaliado pelo médico. Se o usuário precisar de atendimento imediato é encaminhado para consulta médica.

Os atendimentos não são agendados geralmente. Pouco a pouco se busca promover mudanças nesse aspecto. Algum usuário tem consciência da importância do seguimento das doenças e comparecem às consultas programadas, mas ainda deve-se trabalhar mais nesse sentido. Com o objetivo de superar ou minimizar as dificuldades encontradas, deve-se formar uma equipe responsável pelo acolhimento dos usuários, assim como capacitar aos profissionais sobre a avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário.

Na área de abrangência da ESF, temos um total de 19 crianças acompanhadas que representa 68%, segundo o caderno de ações programáticas a estimativa de crianças menores de um ano na área é 28. O seguimento das crianças realiza-se conforme o Ministério de Saúde. Segundo os indicadores de qualidade, a saúde da criança na UBS tem que mudar em muitos aspectos, alguns estão bem, mas outros não, por exemplo, temos 79% das consultas em dia, mas trabalha-se muito para continuar fazendo mais puericulturas. Há 9 crianças com sua primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, 100% de realização do teste do pezinho, 100% com orientações para o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e todos estão vacinados de acordo ao calendário. Encontram-se deficiências na realização das consultas, pois há atraso em mais de sete dias, além de que não se realiza o monitoramento do desenvolvimento em todas as consultas. Um aspecto que está ruim é a avaliação de saúde bucal com 0%. Na ESF, a puericultura é

realizada pela médica e enfermeira, mensalmente, um dia por semana, em um turno de trabalho, especificamente, na última quinta-feira do mês, somente às crianças menores de doze meses. Além das consultas de puericultura, existe demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, pertencentes a nossa área de cobertura. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de mães das crianças, as mães participam das palestras com muito interesse. Também há um formulário especial da puericultura e um arquivo específico para os registros dos atendimentos. Outras deficiências encontradas são a não existência do protocolo de atendimento de puericultura na ESF, o qual dificulta o processo de trabalho, o que já foi informada na secretaria de saúde pela enfermeira. Não existe avaliação odontológica, embora se realize promoção de saúde bucal nas puericulturas, e também não existe o acompanhamento dos condicionantes do Programa Bolsa Família do Ministério de saúde na ESF. Na ESF não existem profissionais dedicados ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura. Depois de fazer uma reflexão sobre a atenção à saúde da criança na unidade, acho que para contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção, há muitos processos de trabalho que se pode melhorar. O primeiro que devesse fazer é organizar uma equipe encarregada do planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura, composta por médico geral, enfermeira, auxiliar de enfermeira, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e vacinadora. Através disso, será garantido um atendimento integral às crianças. Com certeza, pode-se melhorar a atenção à saúde da criança na ESF, necessitando trabalhar em equipe e oferecer mais informações à população em geral, para que conheçam todos os atendimentos que existem na atenção primária. Além disso, todas as deficiências encontradas serão analisadas na próxima reunião da equipe e propostas as possíveis soluções.

A atenção pré-natal começa desde o planejamento familiar. Todo casal antes de uma gravidez, deveria ser avaliado para identificar os fatores de riscos que podem interferir na gravidez, e assim, diminuir a morbimortalidade da futura mãe e da criança. É muito importante que toda gestante tenha um bom controle e seguimento de sua gestação, desde o momento da concepção até o parto e puerpério. Cada uma destas etapas tem suas características, por isso é

imprescindível a participação tanto da grávida, como de seu parceiro e família na evolução da gestação, para que a mulher se sinta acolhida, não só pelos profissionais da saúde, como também por seu parceiro e pela família em geral. O acompanhamento das gestantes é feito na ESF pelo médico e enfermeira nas gestantes de baixo risco, até completarem 32 semanas, quando são encaminhadas para obstetra da unidade de saúde central para fazer avaliação pré-natal. Para as gestações de alto risco, é feita a primeira avaliação na ESF, identificados os riscos e solicitando os exames. A atenção pré-natal é muito boa, sendo que as consultas de pré-natal são feitas mensalmente segundo os protocolos de Atenção Pré-Natal, em que são examinadas as gestantes, orientadas, e também se faz o grupo de gestantes, com palestras de diferentes temas. A ESF conta com o SISPRENATAL, em que são preenchidos os dados das gestantes mensalmente pela enfermeira. Também contamos com registros e arquivos específicos de pré-natal. Além disso, as gestantes são acompanhadas na comunidade pelos ACS, através das visitas domiciliares mensais. Na população adstrita temos 15 gestantes, segundo o caderno de ações programáticas o número estimado de gestantes é 23, logo, a cobertura é 64%. Nossa população está muito agradecida, pelo serviço de Atenção Pré-natal na comunidade. Temos como dificuldade que algumas gestantes de risco fazem avaliação por obstetras particular e não assistem a consulta pré-natal na ESF, mas já estamos trabalhando em equipe para que possam assistir ao grupo de gestante.

O câncer é uma causa de morte muito frequente na população feminina. Com maior incidência tem-se o câncer de mama e de colo uterino, por isso é muito importante realizar um bom controle destes. O câncer de mama representa a primeira causa de morte na população feminina brasileira, seguido pelo câncer do colo de útero. Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, a ESF tem um registro que me permitiu preencher o caderno de ações programáticas. A cobertura em nossa área de abrangência é boa, pois temos um total de 567 (88%) mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas na ESF para prevenção de câncer de colo de útero. Segundo os indicadores de qualidade avaliados, devemos é necessário trabalhar mais para obter melhores resultados, pois há somente 78% de exame cito patológico em dia, embora tenham um pequeno índice com mais de seis meses de atraso (13%), e 9% com exame alterado. A maioria das mulheres tem conhecimento sobre prevenção de carcinoma de colo de útero e doenças sexualmente

transmissíveis. Todos os exames realizados tinham a amostra satisfatória. Pode-se avaliar alguns aspectos do processo de trabalho que é necessário melhorar, por exemplo, destinar um arquivo específico para o registro dos exames coletados, com uma ficha para cada uma das mulheres em idade fértil, dispostas por ano e mês de acordo com o calendário, com o objetivo de conhecer as mulheres que devem fazer a coleta por mês, e assim verificar os atrasos, além do seguimento das mulheres com exame alterado. Desta forma, o controle e seguimento será mais eficaz, pois contamos com os protocolos de atendimentos para esta patologia. Toda nossa equipe de saúde está trabalhando em conjunto para informar na população a importância de fazer o preventivo e como detectar sintomas precoces da doença, por exemplo, as ACS em cada visita domiciliar que fazem conversam deste tema, além na sala de espera da ESF contamos com cadernetas, afixes entre outras coisas com fins de divulgar a importância da prevenção da doença. Todas estas atividades são monitoradas pela enfermeira e médica.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, há o registro das mulheres atendidas, podendo ser feita a coleta de dados. Na população adstrita, o total de mulheres de 50 a 69 anos acompanhadas na ESF para prevenção de câncer de mama é 215, resultando em 89% de cobertura. Somente 165, que representa um 77%, fez mamografia em dia, e 83 mulheres têm mais de três meses de atraso. Isso mostra que é necessário trabalhar um mais nesse aspecto, aproveitar nas consultas do dia a dia para orientar a importância da realização da mamografia, além da realização de autoexame de mama mensal para o diagnóstico precoce da doença. Tem-se como deficiência a não existência de arquivo para o registro dos resultados da mamografia, o qual seria muito útil para o controle e seguimento. Na ESF, para o controle das mulheres com resultados alterados de exame citopatológico e de mamografia, deve-se integrar mais profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento das ações de controle. Também se pode fazer grupos de mulheres para oferecer informações sobre estas doenças, além de fazer levantamentos das mulheres com essa faixa etária junto com os agentes comunitários e que esses sejam orientados quanto as principais informações a serem compartilhadas com esse público. Toda nossa equipe de saúde estamos trabalhando em conjunto para informar na população a importância de fazer o autoexame das mamas e como detectar sintomas precoces da doença, (por exemplo, as ACS em cada visita

domiciliar conversam deste tema), além na sala de espera da ESF contamos com cadernetas, afixes entre outras coisas com fins de divulgar a importância da prevenção da doença. Todas estas atividades são monitoradas pela enfermeira e médica.

A hipertensão arterial é uma doença crônica muito frequente na população, e por isso, deve-se realizar o rastreamento nos adultos (acima de 18 anos), já que é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidentes vasculares cerebrais. A forma de registro que permitiu o levantamento de dados foi por meio do programa de atenção à hipertensão e diabetes, SIAB e prontuários clínicos. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área parece adequada à realidade da área de abrangência, com um total de 467 usuários acompanhados, que representa 89% de cobertura (estimativa de 522 usuários moradores na área). Para tanto, deve-se fazer rastreamentos a usuários maiores de 18 anos de idades, moradores na área adstrita à unidade, um paralelo entre os indicadores e as estimativas encontradas na unidade pode ser visto no quadro a seguir:

Quadro 2 – Indicadores de qualidade do programa de atenção à hipertensão e diabetes da área adstrita à ESF Manoel Bernadino dos Santos, Torres, RS.

INDICADORES	HAS	%
Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico	319	68%
Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias	145	31%
Exames complementares periódicos em dia	211	45%
Orientação sobre prática de atividade física regular	319	68%
Orientação nutricional para alimentação saudável	319	68%
Avaliação de saúde bucal em dia	167	36%

Pode-se avaliar que há aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS em minha ESF, já que contamos com protocolos impressos de atendimento para pessoas portadoras de HAS, o que é de extrema importância, pois a HAS é uma doença com um alto índice de mortalidade. Com os protocolos, é regulado o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde, como encaminhamentos para atendimento nas especialidades, e encaminhamento para internação hospitalar ou serviço de pronto atendimento. Além disso, não há um formulário especial para registrar os atendimentos dos usuários e nem um arquivo específico, o que possibilitaria verificar usuários faltosos ao retorno programado, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS de risco entre outros. Na ESF contamos com 4 grupos de hipertensos para uma assistência de 68% dos usuários com HAS, onde se realizam atividades com os adultos as quais são realizadas na associação de bairro / comunitária, participando o médico geral, enfermeiro, técnica de enfermagem, farmacêuticos, sendo as palestras de boa qualidade. É necessário incorporar mais membros da equipe de família porque não é só responsabilidade do médico e enfermeiros, também existe pessoal que pode ser de muita ajuda como um psicólogo, um nutricionista, odontólogos. A adesão da população seja na participação nos grupos de HIPERDIA como a consultas programadas é boa, embora eu acho que pode ser muito boa, temos que lograr que os usuários se integrem mais a nossos grupos, que gostem de fazer práticas de exercícios físicos entre outras coisas, isso poderia ser feito com ajuda dos líderes da comunidade.

Outra doença muito frequente é a Diabetes Mellitus, caracterizada por uma síndrome metabólica hereditária, sua prevalência está aumentando a aproximadamente 7% da população adulta brasileira, doença que lidera como a principal causa de cegueira, doença renal e amputação, e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares. A forma de registro que permitiu o levantamento de dados foi por meio do programa de HIPERDIA, SIAB e prontuários clínicos. A estimativa do número de Diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área parece adequada à realidade da área da USF, pois há um total de 127 usuários que são acompanhados, o que representa 85%, e segundo a estimativa é 149 usuários com diabetes na área adstrita. A cobertura de DM da ESF

é boa, pois o indicador encontrado no levantamento de dados na análise situacional corresponde com as estimativas da área de abrangência. Um paralelo entre os indicadores e as estimativas encontradas na unidade pode ser visto na tabela abaixo.

Quadro 3 – Indicadores de qualidade do programa de atenção à hipertensão e diabetes da área adstrita à ESF Manoel Bernadino dos Santos, Torres, RS.

INDICADORES	DM	%
Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico	116	91%
Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias	62	49%
Com exames complementares periódicos em dia	82	65%
Com exame físico dos pés nos últimos 3 meses	116	91%
Com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses	116	91%
Com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses	116	91%
Com orientação sobre prática de atividade física regular	116	91%
Com orientação nutricional para alimentação saudável	116	91%
Com avaliação de saúde bucal em dia	87	69%

Existe protocolo de atendimento para usuários portadores de DM. Encontra-se como deficiência não possuir formulário específico para registrar os atendimentos dos usuários, mas são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas. Além disso, não temos um arquivo específico, que seria muito importante para verificar o comparecimento dos usuários na unidade, identificar procedimentos atrasados, entre outros. Em minha ESF são desenvolvidas ações de saúde no cuidado aos adultos portadores de DM como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e

tratamento de problemas clínicos em geral entre outros, estas ações de saúde são planejadas pela equipe de saúde mensalmente. Existe ainda, quatro grupos de diabéticos com uma assistência de um 76% dos usuários com DM. A adesão da população seja na participação nos grupos de HIPERDIA como a consultas programadas é boa, mas, temos que estimular que os usuários se integrem mais a nossos grupos, que gostem de fazer práticas de exercícios físicos entre outras coisas, isso poderia ser feito com ajuda dos líderes da comunidade.

A população brasileira é considerada uma população envelhecida, pois mais dos 10% tem 60 anos ou mais, indicador crescente nos últimos anos. O envelhecimento é um processo natural dos indivíduos, mas é o grupo etário com mais condições para desencadear doenças, devido à deterioração dos indivíduos, perda de capacidades funcionais, e condições do meio ambiente que influem diretamente sobre a saúde das pessoas idosas. A área de abrangência da ESF possui 2335 pessoas, sendo 290 com 60 anos ou mais, o que representa 13,5% do total, podendo ser considerada uma população envelhecida. Segundo a estimativa do CAP temos 43% de cobertura de idosos residentes na área, pois, são 138 idosos acompanhados na ESF, e a realidade é adequada à estimativa. A forma do registro da ESF permitiu o levantamento de dados, mas existem muitas deficiências que podem ser melhoradas para obter dados mais precisos, por exemplo, não existe registro específico de pessoas idosas, nem arquivo específico para os atendimentos dessas pessoas, elas ficam arquivadas no prontuário clínico e odontológico, e dentro de cada ficha familiar. Nossos indicadores da qualidade da atenção de saúde comportam-se da seguinte forma: 183 usuários têm preenchida a caderneta de saúde da pessoa idosa (63%). Temos 123 usuários com realização de avaliação multidimensional rápida e acompanhamento em dia (43%). Há 42% dos usuários desta faixa etária com Hipertensão Arterial Sistêmica, e somente 24% padecem de Diabetes Mellitus. A avaliação de risco para morbimortalidade, a investigação de indicadores de fragilidade na velhice, a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular acontecem a 63% dos idosos, mas essa porcentagem pode melhorar e deve-se trabalhar para garantir isso. Quanto à avaliação de saúde bucal em dia somente acontece a 72 usuários (25%).

Na ESF, realizam-se atendimento de pessoas idosas todos os dias da semana e em todos os turnos. Participam do atendimento dos idosos enfermeiros,

médicos, odontólogo, técnico de odontologia e de enfermagem. Após a consulta, o idoso sai com a consulta agendada. Além das consultas agendadas, há oferta e demanda de idosos para atendimentos de problemas agudos, às vezes com excesso de demanda, nestes casos avalia-se o risco. A maioria é atendida no dia, os demais são agendados consulta para o dia seguinte se sua condição o permite. Também são desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos como são: imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo.

Os profissionais de saúde da ESF avaliam a capacidade funcional global do idoso através do exame clínico, assim como explicam ao idoso e a seus familiares como reconhecer sinais de riscos relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão. Dentro das deficiências encontradas, tem-se a não existência de protocolo de atendimento para idosos, também não há protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, questão muito ruim, pois atrapalha trabalho, mas já foi informada para o gestor. Não existe arquivo independente para os registros dos atendimentos dos idosos, o que dificulta procurar dados, e realizar controle de todos os idosos e suas características particulares. A equipe realiza atividades com grupos de idosos duas vezes ao mês, na associação do bairro, mas tem-se como dificuldade a não participação do odontólogo e da técnica de odontologia. Realiza-se cuidado domiciliar aos idosos e existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam destes cuidados, os atendimentos são feitos de maneira geral, mas também devemos integrar aos profissionais da saúde bucal de nossa ESF. De forma geral, esta é a situação da unidade de saúde em relação com as pessoas idosas. Para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhor qualidade dos atendimentos, deve-se continuar trabalhando nos atendimentos agendados destes usuários, para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados destes usuários. Continuar trabalhando nas atividades de

grupo com todos os profissionais da unidade para reforçar a assistência às consultas agendadas, e o preenchimento das cadernetas, assim como a avaliação geral desta faixa etária. Criar uma lista de assistência dos idosos às atividades de grupo, para ter controle dos usuários que assistem e seguem os temas e atividades realizadas. Todos trabalhando juntos podem fazer muitas ações para melhorar o atendimento à saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado.

Dentre os desafios que temos na unidade, o mais importante é integrar todas as gestantes e crianças à realização de consultas de pré-natal e puericultura, respetivamente, embora em comparação com meses anteriores já temos uma melhoria nesse aspecto, mas ainda falta muito. Além disso, é necessário mudar mais os estilos de vida dos usuários, através das diferentes ações de saúde realizadas pelos profissionais da ESF, com o apoio dos gestores do município.

Os melhores recursos da ESF certamente é a boa vontade de toda equipe para a melhoria das condições de saúde da população, a participação dos profissionais em muitos cursos para sua capacitação na atenção primária de saúde, a integração deles neste curso, pois na medida em que foram preenchidos os questionários obteve-se um panorama mais completo, minucioso, que mostra uma imagem mais clara do trabalho desempenhado pela minha equipe no trabalho do dia a dia. De forma geral, durante este período os aspectos avaliados na análise situacional foram refletidos, abordados e levados à comparação com as estimativas da situação brasileira, e tem-se muitos objetivos e desafios que enfrentar ainda, principalmente para buscar mudanças em função da saúde da população, e deve-se trabalhar com muito esmero daqui para frente.

Comparando o primeiro texto da situação da minha ESF e o relatório da análise situacional já pode-se perceber mudanças na ESF, além de observar problemas que antes não se haviam detectado. Muitas das questões relatadas anteriormente mudaram desde o começo do curso até hoje, principalmente com o preenchimento dos questionários pela equipe. Nesta população são muito frequentes as doenças do sistema nervoso, por anos existe um alto consumo de medicamentos antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos, que nós temos diminuído aos poucos, mas é muito difícil, por isso vamos seguir trabalhando dia a dia até obter os resultados esperados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de nossa população. Também este trabalho ampliou nosso conhecimento sobre

o manejo das doenças na ESF (como a promoção, prevenção das distintas doenças, como fazer seus seguimentos, entre outros aspectos relevantes), a equipe de saúde está muito contente e com vontade de seguir aprendendo e ampliando seus conhecimentos para fazer um bom trabalho. Temos como desafio levar a pratica o conhecimento na população, consultar os protocolos, e assim nosso trabalho vai continuar sendo muito acolhido pela população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

Comparando o primeiro texto da situação da minha ESF e o relatório está dando exemplo das mudanças que apresentou minha unidade básica de saúde. Muitas das questões relatadas anteriormente mudaram desde o começo do curso até hoje, principalmente com o preenchimento dos questionários pela equipe. Além disso, o relatório foi composto de muitas questões que não foram contempladas no texto inicial, devido às reflexões trazidas pelo curso. É importante ressaltar que na nossa população são muito frequentes as doenças do sistema nervoso, por anos existe um alto consumo de medicamentos antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos, que nós temos diminuído aos poucos, mas é muito difícil, por isso vamos a seguir trabalhando dia a dia até obter os resultados esperados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de nossa população.

Ressalto que a análise situacional ampliou a visão do processo de trabalho da nossa equipe e estrutura da ESF, pois, os instrumentos utilizados: questionários e caderno de ações programáticas subsidiaram esta análise.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012). O envelhecimento é um processo natural dos indivíduos, mas é o grupo etário com mais condições para desencadear doenças, devido à deterioração dos indivíduos, perda de capacidades funcionais, e condições do meio ambiente que influem diretamente sobre a saúde das pessoas idosas. Deve-se lembrar que a primeira causa de morte é cardiovascular e a segunda os cânceres. Assim, deve-se prevenir os fatores de risco para as doenças cardiovasculares além de ter um importante foco para esse grupo etário que é a melhoria da sua autonomia, da inclusão na família e na comunidade e tudo aquilo que melhore a qualidade de vida. A OMS aponta que a ausência de programas abrangentes de prevenção destas doenças dirigidos à população adulta caracteriza a dificuldade para se implementar a detecção e o controle dessa doença, (BRASIL, 2010). Temos que ter em conta que os idosos possuem características de saúde peculiares como são a perda de autonomia, de independência, as complicações cardiovasculares entre outras, necessitando de profissionais que estejam capacitados para enfrentar estas características de saúde da população idosa, proporcionando melhoria na qualidade de vida por meio do cuidado integral e integrado entre profissionais, além de melhorar o acesso aos idosos em situação de fragilidade, prevenir as internações hospitalares evitáveis, a mortalidade prematura causadas por doenças crônicas e agravos agudos ou crônicos e muito importante manter um bom relacionamento entre a ESF os idosos e seus familiares, por meio da instrumentalização da equipe de saúde na atenção da saúde dos idosos e suas famílias (BRASIL, 2010).

O município de Torres está situado no extremo norte do litoral do Rio Grande do Sul e sua população é composta, aproximadamente, por 36.859 habitantes, conforme o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010). A cidade possui uma área territorial de 160, 565 km² e sua paisagem destaca-se pela diversidade de recursos naturais: existem lagos, lagoa, rio, além de ser a única praia gaúcha em que sobressaem paredões rochosos à beira-mar e que contém à sua frente a única ilha marítima do estado, a Ilha dos Lobos. Quanto à economia, a principal atividade é o turismo, sobretudo na temporada de verão, período em que a população pode chegar a 400.000 mil. O município consta de 6 ESF todas com boa estrutura e equipes de saúde completas, 1 UBS, 1 Pronto Atendimento, 1 Hospital de referência, 1 CAPS tipo (I), também contamos com NASF tipo (I) bem conformado. Também contamos com diferentes especialidades segundo patologia clínica que apresentem o usuário, e contamos com laboratórios médicos para a realização de exames médicos fornecidos pelo SUS.

Desde que eu cheguei ao município de Torres RS comecei a trabalhar na ESF Manoel Bernardino Dos Santos, comunidade Rio Verde, encontrando-se na área rural do município, com uma população adstrita de 2335 usuários, composta por uma médica geral, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, recepcionista e quatro ACS, atendendo no modelo de estratégia de saúde da família. Conta-se com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A ESF é totalmente vinculada com o Sistema Único de Saúde através da Prefeitura Municipal de Torres.

Minha área de abrangência tem uma população de 2335 usuários, delas 290 com 60 anos ou mais, o qual representa 13,5% do total, podendo ser considerada uma população envelhecida. Temos 138 (43%) pessoas idosas em acompanhamento na unidade. Além das consultas agendadas temos excesso demanda de idosos para atendimentos de problemas agudos, mas são todos bem acolhidos e tratados seus problemas. Também são desenvolvidas diferentes atividades no cuidado aos idosos como: imunizações, promoção de hábitos saudáveis, atendimento clínico geral e odontológico. Há algumas atividades em grupo no mês, da qual não participam todos os profissionais da equipe. São realizadas algumas visitas domiciliares, e são realizados relatórios com os resultados encontrados mensalmente, utilizando dados do SIAB, HIPERDIA, prontuário e cadernetas.

A intervenção é importante no contexto da ESF porque permitirá o cadastramento dos usuários idosos e a participação ativa deles em atividades de grupo, assim, buscaria diminuir as complicações de saúde, principalmente aos que apresentam alguma doença crônica. O grupo dos idosos é um grupo complexo e com muitos problemas de saúde a se tratar, principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus, que possuem uma alta incidência e prevalência na ESF, e são um dos maiores motivos de consulta. De modo geral, alguns fatores de risco são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrente de doenças não-transmissíveis como a HAS e DM na população Idosas.

Após a análise situacional da ESF, pode-se avaliar os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos da área adstrita. Para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhor qualidade dos atendimentos, deve-se continuar trabalhando nos atendimentos agendados destes usuários para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados desta população e para avaliar usuários faltosos, melhorar a qualidade dos registros, aprimorar o acompanhamento de idosos em situação de risco e vulnerabilidade, qualidade do atendimento e procedimentos em atrasos, além de tornar mais fácil o acesso dos profissionais aos dados de cada usuário. Também poderá vincular os portadores de agravos à ESF, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mudança de hábitos e estilos de vida, oferecer orientação de hábitos alimentares saudáveis, obter o controle do peso corporal, com o estímulo à prática regular da atividade física e, assim, efetivar os princípios do SUS da integralidade e da universalidade. As atividades em grupo já existem, mas há a necessidade de melhorias na forma da prestação desta ação, incorporando mais profissionais neste trabalho. Deve-se criar um melhor controle dos idosos que participaram das atividades em grupo para ter controle do número de usuários atendidos com a promoção de saúde e planejar os temas e atividades a serem realizados. Também há a necessidade de reforçar a assistência em consultas agendadas e o preenchimento das cadernetas do idoso, assim como uma avaliação geral desta faixa etária. É de importância fundamental incrementar os atendimentos domiciliares aos idosos com dificuldade ou limitações de comparecerem às consultas na

unidade. Apesar dessas possíveis dificuldades, há vários aspectos que viabilizarão a implementação desta intervenção, como o apoio do município, que tem uma visão mais centrada na prevenção das doenças e promoção da saúde, assim como há o apoio da comunidade e do Conselho Municipal de Saúde, que participaram da discussão das propostas de trabalho na ESF. Todos trabalhando juntos, pode-se fazer muitas ações para melhorar o atendimento à saúde deste grupo de pessoas que precisam de um atendimento diferenciado, e engajamento da comunidade com as propostas dos objetivos e metas. Toda a equipe de trabalho se encontra bem envolvida na escolha do foco de intervenção e estiveram de acordo com o projeto, trabalhando em conjunto para o desenvolvimento deste. Desta forma, o desenvolvimento deste projeto é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção básica em saúde do município, já que nunca antes houve um trabalho específico para este grupo populacional. Acredita-se que o programa terá uma boa aceitação da população, pois algumas ações que já são desenvolvidas na ESF e possuem boa adesão.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na ESF Manoel Bernardino dos Santos, Torres/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade de Saúde Manoel Bernardino Dos Santos, no Município de Torres, Rio Grande Do Sul. Entretanto, por orientação do curso, a intervenção foi reduzida de 16 semanas (4 meses) para 12 semanas (3 meses). Participarão da intervenção pessoas maiores de 60 anos da área adstrita à ESF, aproximadamente 290 usuários. O cadastro será realizado de acordo com as informações obtidas na ficha de acompanhamento dos idosos com doenças crônicas, hipertensos e diabéticos. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de Saúde voltado à atenção à saúde do idoso.

2.3.1 Detalhamento das ações

-Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Ações:

Eixo de monitoramento e avaliação

-Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde semanalmente.

Detalhamento:

Este monitoramento da cobertura dos idosos será realizado mensalmente. Para tanto, o monitoramento será realizado avaliando as fichas espelho, os prontuários clínicos, e também habilitamos uma pasta com a relação dos idosos da área de abrangência com acompanhamento na unidade. Será criado um arquivo

específico para os usuários idosos cadastrados no programa. O monitoramento será realizado pela enfermeira,

Eixo de Organização e gestão do serviço.

-Acolher os idosos

Detalhamento:

A ESF atenderá com “porta aberta” do serviço aos idosos. Todos os idosos que procurarem o serviço serão atendidos com prioridade. Os idosos serão acolhidos com escuta humanizada, procurando atender às suas necessidades, por toda a equipe. Os que tiverem problemas agudos serão atendidos no mesmo período, os que não tiverem problemas agudos, serão marcados para atendimento o mais rápido possível, e aqueles que buscarem informações, os profissionais lhes informarão sobre o funcionamento do atendimento na unidade.

-Cadastrar todos os idosos da área de abrangência da UBS

Detalhamento:

Os idosos serão cadastrados pelos ACS durante as visitas domiciliares, já que nossa área de abrangência conta com uma ACS por cada micro área, então elas farão o cadastro de todos os moradores da área, fazendo uma lista dos usuários nos diversos grupos prioritários, e os que procurarem a ESF serão registrados pela recepcionista, que informará à enfermeira para realizar o cadastro do idoso no programa.

-Atualizar informações do SIAB

Detalhamento:

As informações do SIAB serão realizadas pela enfermeira com periodicidade semanal.

Eixo de engajamento público.

-Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

-Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento:

Realiza-se mediante conversas nas consultas, nas visitas domiciliares de todos os integrantes da equipe, no contato com a população na ESF, nos trabalhos de grupo com os idosos. A equipe divulgará e pedirá apoio do conselho local de saúde, o qual existe em minha área de abrangência, escolas, igrejas, onde será cadastrado líderes na comunidade para que ajudem a divulgar o programa de idoso.

Eixo de qualificação da prática clínica.

-Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

-Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

-Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento:

As capacitações serão realizadas nos horários reservados para reuniões da equipe, com a participação de todos os membros da equipe. O médico e enfermeira da unidade serão os facilitadores. Cada capacitação terá aproximadamente 1 hora. Serão realizadas em forma de roda de conversa, podendo a equipe sempre sanar suas dúvidas com os facilitadores. Ocorrerão nas duas primeiras semanas da intervenção, e se necessário durante a intervenção, será realizados novos encontros.

Objetivo 2. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso**Ações:****Eixo de monitoramento e avaliação:**

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento:

Este monitoramento será realizado pela avaliação de fichas espelho, que devem estar sempre atualizadas, e será realizado pelo médico e enfermeira.

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

O monitoramento será realizado a cada mês pela enfermeira, avaliando as fichas espelho, e se necessário, os prontuários clínicos.

-Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Este monitoramento será realizado pela enfermeira avaliando as fichas espelho, mensalmente. O médico também avaliará nas consultas dos idosos.

-Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Este monitoramento será realizado pela enfermeira avaliando as fichas espelho, mensalmente. O médico também avaliará nas consultas dos idosos.

-Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Este monitoramento será realizado pela equipe de enfermagem, avaliando se os medicamentos prescritos estão disponíveis na ESF ou na farmácia popular. Os medicamentos que estiverem em falta serão comunicados ao médico para que procure prescrever, quando possível, medicamentos que substituam os que estão em falta. Além disso, quando houver falta de medicamentos, também se solicitará à gestão que promova esforços para a regularização da situação.

-Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Quem será responsável por esta ação será a enfermeira, que revisará as fichas espelhos e os relatórios das ACS, mensalmente.

-Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Quem fará este monitoramento serão as ACS de cada área correspondente, avaliando em seus registros a periodicidade de cada visita. Os dados encontrados serão repassados para a enfermeira da ESF, que ajudará a avaliar a periodicidade recomendada para cada idoso.

-Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Esta ação será realizada pela enfermeira, que monitorará mensalmente as fichas espelho, avaliando se todos os idosos foram rastreados para HAS.

-Monitorar o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Este monitoramento também será executado pela enfermeira, mensalmente, avaliando pelas fichas espelho se os idosos com HAS fizeram pelo menos um rastreamento para DM no último ano.

-Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Este monitoramento será feito pelo dentista com ajuda da assistente dental, em cada consulta realizada pelos idosos. Também poderá ser monitorado uma vez ao mês avaliando as fichas espelhos.

-Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Este monitoramento será feito pelo dentista com ajuda da assistente dental.

Eixo de Organização e gestão do serviço.

-Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

Detalhamento:

Os recursos serão garantidos pela Secretaria de Saúde. A enfermeira fará a conferência de todos os materiais mensalmente, e os recursos faltantes serão solicitados pela enfermeira à secretaria de saúde.

-Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento:

Serão definidas as atribuições, durante reunião de equipe, mediante orientações do protocolo. Será a enfermeira quem discutirá com a equipe sobre as suas funções, já na primeira semana de intervenção.

-Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

Serão definidas as atribuições, durante reunião de equipe, mediante orientações do protocolo. Será a enfermeira quem discutirá com a equipe sobre as suas funções, já na primeira semana de intervenção.

-Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento:

Após o monitoramento, pelo exame das fichas espelho, os idosos cadastrados que não realizaram exame apropriado ou que já realizaram há mais de um ano, receberão busca ativa das ACS da sua região, ou a enfermeira tentará contato telefônico. Os idosos que não receberam exame apropriado por não estarem cadastrados na ESF, serão convidados a irem à EFS realizar o cadastramento e consulta clínica.

-Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Em toda semana de atendimento serão deixadas 4 vagas para receber usuários provenientes de busca ativa, seja para realizar exame apropriado, como por ter faltado em consulta marcada.

-Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento:

O médico será responsável pela referência e contra referência dos idosos que tiverem necessidade, inclusive será ele que solicitará ao gestor que se tenha garantido o encaminhamento do usuário a outros níveis de atenção sempre que necessário.

-Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento:

O médico será responsável pela solicitação dos exames complementares dos idosos que tiverem necessidade, inclusive será ele que solicitará ao gestor que se tenha garantido a realização dos exames do usuário recomendados pelo protocolo, sempre que necessário.

-Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento:

O médico entrará em contato com o gestor na primeira semana de intervenção, e, além de mostrar como se dará a intervenção, solicitará que os exames que forem solicitados, de acordo com o protocolo, sejam realizados com agilidade, entregando os resultados o mais breve possível, para que não se perca continuidade de tratamento do idoso, e que as necessidades do usuário sejam atendidas o quanto antes.

-Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Após constatado que o idoso não realizou exames complementares preconizados, seja através da avaliação das fichas espelho, seja através da consulta médica, ou da visita domiciliar, a enfermeira colocará um sinal de alerta, como um lembrete em uma cor de destaque, na ficha espelho e no prontuário, para que na próxima consulta clínica seja lembrado de solicitar os exames ou realizar busca ativa do idoso.

-Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.**Detalhamento:**

A equipe de enfermagem será a responsável por realizar o controle de estoque mensalmente, avaliando a validade dos medicamentos e os que estejam faltando, ou prestes a acabar em estoque. A enfermeira solicitará à secretaria de saúde a reposição dos medicamentos que estiverem em falta em prestes a vencer o prazo de validade.

-Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**Detalhamento:**

A enfermeira ou o médico anotarão na ficha espelho a medicação de que os idosos estiverem fazendo uso, para facilitar o controle de estoque e manter garantido o fornecimento de medicamentos aos idosos.

-Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.**Detalhamento:**

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção serão sempre cadastrados em seus domicílios pelas ACS, que levarão as informações para a enfermeira, que organizará visitas domiciliares com periodicidade de acordo com a necessidade da saúde do idoso.

-Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.**Detalhamento:**

Os idosos acamados ou com problemas de locomoção terão visitas domiciliares da equipe da ESF garantidas, de acordo com a periodicidade recomendada à necessidade do idoso. Os idosos que necessitam de visitas domiciliares farão parte de uma lista, que será feita pela técnica de enfermagem, que servirá para organizar um cronograma de visitas a serem realizadas, e de acordo com a disponibilidade do atendimento de rotina da ESF.

-Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.**Detalhamento:**

A equipe será capacitada pelo médico e pela enfermeira sobre como melhorar o acolhimento. Será solicitado que os idosos portadores de HAS e DM recebam ainda mais prioridade nos atendimentos. A enfermeira avaliará como está realizando o acolhimento e sempre que necessário irá promoverá uma reunião para conversar sobre aspectos que podem ser melhorados.

-Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.**Detalhamento:**

A enfermeira será responsável por esta ação. Mensalmente ela fará uma revisão das condições dos materiais e do que está faltando para, então, solicitar à secretaria de saúde.

-Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.**Detalhamento:**

O acolhimento será realizado por todos os membros da equipe, sempre que o idoso portador de DM vier à ESF. Após a escuta das necessidades do idoso, a equipe avaliará a conduta a ser tomada, se em caso de problema aguda será atendido no mesmo turno, e não for caso agudo, será agendada uma consulta o mais breve possível. Algumas intervenções deverão ser realizadas pela equipe, como por exemplo, realizar a verificação da glicose no sangue e aferições na pressão arterial por consulta. Informar e conscientizar sobre a importância de uma boa alimentação. Pode-se enfatizar a importância do envolvimento dos familiares dos pacientes com DM na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida.

-Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

Essa ação será de responsabilidade da enfermeira, que mensalmente fará uma avaliação de todos os materiais faltantes, inclusive dos materiais para a realização do hemoglicoteste, e solicitará à secretaria de saúde se estiver precisando.

-Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento:

A enfermeira, a técnica de enfermagem e o médico, quando avaliarem a necessidade de realizar o hemoglicoteste, farão uma anotação em destaque na ficha espelho do usuário idoso para que seja realizado o exame.

-Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento:

A enfermeira e o médico farão a organização do acolhimento na primeira semana da intervenção, farão a capacitação para a equipe, mostrando como deve ser feito o acolhimento, e sempre monitorarão como está sendo realizado o acolhimento, marcando uma reunião para alguns ajustes sempre que necessário.

-Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento:

O agente comunitário de saúde é o responsável por esse cadastramento, sendo ele realizado no momento da visita domiciliar, ou em uma visita do idoso na unidade básica para uma consulta, sendo a equipe de enfermagem o responsável por este cadastramento na unidade. Todos os dados desse idoso cadastrado devem ser repassados para o enfermeiro, que será responsável por gerar uma ficha de acompanhamento desse idoso.

-Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento:

Todos os idosos, após serem cadastrados na ESF, terão prioridade em atendimento, principalmente os idosos com HAS e/ou DM, ou com fragilização de sua saúde. Terão consultas garantidas no menor prazo de tempo possível, e em casos agudos serão atendidos no mesmo turno de atendimento.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.**Detalhamento:**

A agenda de saúde bucal será feita pela assistente bucal e a recepcionista.

-Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.**Detalhamento:**

O acolhimento será feito pela auxiliar de saúde bucal, em que receberá o idoso com queixa de problema de saúde bucal, e atendendo-o como encaixe se for um caso agudo, ou agendando uma consulta o mais breve possível em caso de não ser caso agudo.

-Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.**Detalhamento:**

O monitoramento será feito pela equipe de saúde bucal.

-Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.**Detalhamento:**

A organização da agenda de saúde bucal será feita pelo assistente bucal.

-Oferecer atendimento prioritário aos idosos.**Detalhamento:**

O atendimento será feito pelo Dentista e assistente dental.

Eixo do engajamento público.

-Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento:

Realiza-se mediante conversas nas consultas, nas visitas domiciliares de todos os integrantes da equipe. A equipe divulgará e pedirá apoio no conselho local de saúde, o qual conta com a área de abrangência, escolas, igrejas. Também se orientará no trabalho em grupo. Todos os integrantes da equipe serão responsáveis por esta ação.

-Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento:

Será esclarecido antes do início da consulta, aos idosos e seus cuidadores, pelo profissional que irá prestar a assistência (médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, educador físico entre outros)

-Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

Orientações devem ser realizadas por todos os membros da equipe, sempre que estiverem em contato com a população. Será divulgado nos trabalhos em grupo, e nas visitas domiciliares que os ACS fizerem. Também nas consultas do médico e da enfermeira, assim como no acolhimento.

-Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento:

Estas orientações devem ser realizadas por todos os membros da equipe, sempre que estiverem em contato com a população. Será divulgado nos trabalhos em grupo, e nas visitas domiciliares que os ACS fizerem. Também nas consultas do médico e da enfermeira, assim como no acolhimento.

-Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Estas orientações devem ser realizadas por todos os membros da equipe, sempre que estiverem em contato com a população. Será divulgado nos trabalhos em grupo, e nas visitas domiciliares que os ACS fizerem. Também nas consultas do médico e da enfermeira, assim como no acolhimento.

-Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Estas orientações devem ser realizadas por todos os membros da equipe, sempre que estiverem em contato com a população. Será divulgado nos trabalhos em grupo, e nas visitas domiciliares que os ACS fizerem. Também nas consultas do médico e da enfermeira, assim como no acolhimento.

-Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento:

A comunidade será informada sobre o programa de atenção ao idoso pelos membros da equipe da ESF, sempre que estiverem em contato com a população, nas consultas, no acolhimento, nas visitas domiciliares. Também será contatado líderes da comunidade para atuarem como agentes disseminadores de informações na comunidade, além de distribuir panfletos nas escolas, igreja, comércio local para servir como divulgação do programa.

-Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Detalhamento:

Essa orientação será passada por todos os membros da equipe, seja nas consultas médicas e de enfermagem, pelas ACS nos contatos domiciliares, em contato com líderes da comunidade para que atuem como multiplicadores da informação. A comunidade ficará sabendo que a solicitação de visita domiciliar para casos de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção é um direito da população.

-Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento:

Essa orientação será passada por todos os membros da equipe, seja nas consultas médicas e de enfermagem, pelas ACS nos contatos domiciliares, em contato com líderes da comunidade para que atuem como multiplicadores da informação. A comunidade ficará sabendo que a solicitação de visita domiciliar para casos de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção é um direito da população.

-Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Detalhamento:

Essa orientação será passada por todos os membros da equipe, seja nas consultas médicas e de enfermagem, pelas ACS nos contatos domiciliares, em contato com líderes da comunidade para que atuem como multiplicadores da informação. A comunidade ficará sabendo que a medida da pressão arterial após os 60 anos é de extrema importância para os cuidados com a saúde.

-Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento:

Essa orientação será passada por todos os membros da equipe, seja nas consultas médicas e de enfermagem, pelas ACS nos contatos domiciliares, em contato com líderes da comunidade para que atuem como multiplicadores da informação. A comunidade ficará sabendo dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

-Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Detalhamento:

Essa orientação será passada por todos os membros da equipe, seja nas consultas médicas e de enfermagem, pelas ACS nos contatos domiciliares, em contato com líderes da comunidade para que atuem como multiplicadores da informação.

-Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento:

Essa orientação será passada por todos os membros da equipe, seja nas consultas médicas e de enfermagem, pelas ACS nos contatos domiciliares, em contato com líderes da comunidade para que atuem como multiplicadores da informação.

-Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento:

Essa orientação será passada por todos os membros da equipe, seja nas consultas médicas e de enfermagem, pelas ACS nos contatos domiciliares, em contato com líderes da comunidade para que atuem como multiplicadores da informação.

-Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Detalhamento:

A informação sobre o atendimento odontológico prioritário na comunidade será feita pelas ACS, e por assistente dental em suas visitas domiciliares programadas.

-Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento:

O esclarecimento na comunidade sobre a realização de exames bucais será feita pelas ACS e por assistente dental em suas visitas domiciliares programadas.

-Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento:

Será feita pelas ACS e por assistente dental em suas visitas domiciliares programadas.

Eixo de qualificação da prática clínica

-Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela ESF.

-Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

-Capacitar a equipe da ESF para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

-Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na ESF para solicitação de exames complementares.

-Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

-Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

-Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

-Capacitar a equipe da ESF para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

-Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

-Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

-Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

- Capacitar os ACS para captação de idosos.

- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento:

Esta capacitação será realizada aproveitando-se os dias de reuniões da equipe, nas duas primeiras semanas da intervenção. Será realizado em forma de conversa de roda, em que o médico e a enfermeira irão propor os temas pertinentes de acordo com o protocolo, e estes temas serão discutidos pela equipe. Terá duração de aproximadamente duas horas, também será agendado um horário para o cirurgião dentista já que ele não participa em todas as reuniões da equipe pela carga horaria que ele tem para combinar os temas referentes a saúde bucal.

-Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

-Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento:

As orientações aos ACS serão realizadas pelo médico e enfermeira, aproveitando a reunião para as capacitações da equipe. Terá aproximadamente 20 minutos para abordar estes assuntos. Será realizado em forma de roda de conversa.

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

A atualização do profissional no tratamento de HAS e DM será realizado pelo médico, e será realizado para os demais membros da equipe. Será abordado o assunto de acordo com os manuais do Ministério da Saúde, abordando as principais modificações, o público alvo desse programa, formas de diagnosticar, como acompanhar esse usuário, dentre outros assuntos importantes a respeito do tratamento. Serão realizadas novas atualizações de acordo com as necessidades que forem percebidas na equipe ao longo do tempo. Será realizado na segunda semana de intervenção, aproveitando o dia da reunião de equipe. Terá aproximadamente 20 minutos.

- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento:

O treinamento será realizado pelo médico, nos dias de reunião da equipe, com duração de aproximadamente 20 minutos, e ocorrerá na primeira semana de intervenção.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Ações:**Eixo de monitoramento e avaliação:**

-Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Este monitoramento será realizado através do exame constante, quinzenalmente, das fichas espelho, e será realizado pela enfermeira ou técnica de enfermagem. Também a cada consulta médica ou de enfermagem será avaliado no prontuário clínico e caderneta do idoso se as consultas estão com periodicidade em dia de acordo com o protocolo.

Eixo de organização e gestão do serviço:**-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos**

As visitas domiciliares serão organizadas pela enfermeira da ESF, de acordo com as informações coletadas com as ACS. Também no dia das consultas clínicas, os idosos que faltarem terão seus prontuários deixados em separados para que seja criada uma lista de buscas ativas para faltosos, seja por meio de visitas domiciliares das ACS ou por contato telefônico. As buscas ativas serão realizadas semanalmente.

-Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Cada semana será separadas 4 vagas para o atendimento dos idosos proveniente da busca ativa pelas ACS.

Eixo de Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Esta será realizada por todos os membros da equipe, sempre aproveitando os contatos com os idosos na ESF, seja nas consultas clínicas, nos trabalhos em grupo, no acolhimento, e também fora da unidade, com o contato das ACS nas

residências da comunidade, informando sobre a importância da realização das consultas, conforme aprenderam nas capacitações.

-Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Toda a equipe terá a função de ouvir a comunidade e incentivar para que eles constantemente participem com voz ativa na ESF. Também serão incentivados os líderes comunitários para que busquem sugestões e participação da comunidade na ESF.

- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Esse esclarecimento será realizado por toda a equipe aproveitando os contatos com os idosos e com a comunidade na ESF ou nas visitas domiciliares pelas ACS.

Eixo qualificação da prática clínica

- Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Esse treinamento será realizado pelo médico e pela enfermeira, aproveitando os dias das capacitações nas duas primeiras semanas da intervenção. Terá duração de aproximadamente 20 minutos.

-Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

O médico e a enfermeira se reunirão com a equipe, durante as duas primeiras semanas, em que ocorrerão as capacitações, e, avaliando o protocolo adotado, definirão qual a periodicidade recomendada e instruirão aos demais membros da equipe, para que transmitam essas informações sempre que necessário nos contatos com a comunidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

AÇÕES:

Eixo de monitoramento e avaliação**- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.**

A enfermeira será a responsável pelo monitoramento da qualidade dos registros, seja das fichas espelho, seja dos prontuários. Isso ocorrerá quinzenalmente. A planilha de coleta de dados será preenchida e monitorada pelo médico.

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Quem será responsável pelo monitoramento da caderneta de saúde do idoso será principalmente a enfermeira, durante a triagem dos usuários para atendimento clínico, e durante o acolhimento, caso tenham a caderneta em mãos. Nas visitas domiciliares, as ACS monitorarão a caderneta dos idosos.

Eixo de Organização e gestão do serviço**- Manter as informações do SIAB atualizadas.**

A enfermeira será responsável por atualizar as informações do SIAB, que ocorrerá mensalmente.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

A implantação da planilha será de responsabilidade do médico, que já na primeira semana de intervenção a fará. A ficha espelho também será implantada já na primeira semana de intervenção e pactuado o seu preenchimento com a equipe. Serão solicitadas a impressão das fichas espelho para a secretaria de saúde pela enfermeira.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Durante as capacitações o médico pactuará com a equipe o correto registro das informações e será explicado a importância para a intervenção dos registros corretos e atualizados, seja nas fichas espelho, prontuários clínicos, cadernetas de saúde do idoso, e planilha de coleta de dados.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

O monitoramento dos registros ficará a cargo da enfermeira, que examinará os registros a cada quinze dias.

-Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

A enfermeira quinzenalmente irá avaliar as fichas espelhos e, se necessário, os prontuários clínicos dos usuários cadastrados no programa, com a finalidade de avaliar atrasos em consultas, exames ou em demais procedimentos preconizados pelo protocolo. Para os procedimentos em atraso serão criados um sinal de alerta nas fichas espelho, para que seja visualizado facilmente para que seja realizada busca ativa ou que se realize o procedimento na próxima consulta do idoso.

-Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A enfermeira irá solicitar ao gestor municipal a disponibilização de número suficiente de cadernetas para que sejam distribuídas aos usuários idosos. Isso será feito marcando uma reunião com o gestor, aproveitando para explicar a proposta da intervenção, solicitando a ajuda da gestão sempre que necessário.

Eixo do engajamento público.

-Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Toda a equipe estará apta através das capacitações a prestar informações à comunidade, inclusive sobre o direito de manutenção de seus registros de saúde, podendo solicitar segunda via se necessário.

-Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Toda a equipe de saúde deve, através de orientações, de forma individual e coletiva, reforçar o valor da caderneta com importância de identificação do idoso, sendo ela um comprovante de vínculo com o estabelecimento, contendo número do prontuário, consultadas agendadas, presença em consulta, profissional que agendou ou que atendeu aquele idoso, entre outros. Toda vez que o usuário idoso vier à consulta clínica, será solicitado a caderneta.

Eixo de qualificação da prática clínica.

-Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Essa ação será de responsabilidade do médico e da enfermeira, que usará os dias da capacitação para promover o treinamento no preenchimento de todos os registros necessários. Esse treinamento durará aproximadamente 20 minutos, sendo realizado nas duas primeiras semanas de intervenção.

-Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Essa capacitação ocorrerá nas duas primeiras semanas da intervenção, com aproximadamente 20 minutos. Será facilitada pela enfermeira e participarão todos os membros da equipe.

Objetivo 5. Mapear idosos de risco da área de abrangência.

AÇÕES

Eixo de monitoramento e avaliação

-Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

-Monitorar o número de idosos para indicadores de fragilização na velhice.

-Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na ESF.

- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Todas essas ações de monitoramento serão realizadas pela enfermeira, a cada quinze dias, avaliando principalmente as fichas espelho, que deverão estar bem preenchidas e atualizadas. Poderão ser usados também os prontuários clínicos quando se fizerem necessários.

Eixo de Organização e gestão do serviço

-Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

-Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Os idosos com maior risco de morbimortalidade e os fragilizados na velhice terão atendimento prioritário, obedecendo o princípio da equidade, será atendido em suas casas se não tiver como chegar a ESF, além os que possam chegar terão um atendimento mais rápido, também terão prioridade na realização dos exames médicos.

- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente

Como forma de priorização dos usuários idosos, os que possuem rede social deficiente também terão seu acesso facilitado. As ACS notificarão a enfermeira quando houver casos de idosos com rede social deficiente, que os cadastrará como prioritários, agendando uma visita domiciliar o mais breve possível, e farão consultas de encaixe caso necessitem de acompanhamento na ESF.

Eixo do engajamento público

-Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

-Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

-Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Essas orientações serão repassadas pela enfermeira, sempre que estiver em contato com os idosos, nos trabalhos com grupos e nas visitas domiciliares. Mas toda a equipe pode ajudar a repassar essas informações, pois todo estrão capacitado para isso.

-Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

A equipe trabalhará em parceria com líderes comunitários e instituições que houver no bairro, ajudando a promover ações que integrem a pessoa idosa com a sociedade. A enfermeira coordenará esta ação, e entrará em contato com as lideranças e instituições para programar formas de integração.

Eixo de qualificação da prática clínica.

-Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

-Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

-Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

As capacitações serão realizadas pela enfermeira nas duas primeiras semanas da intervenção, aproveitando-se o dia de reunião de equipe. As capacitações terão aproximadamente 1 hora de duração. Participarão das capacitações todos os profissionais da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

AÇÕES

Eixo de monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

-Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

-Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

- Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

- Monitorar as atividades educativas individuais.

Estes monitoramentos serão realizados pela enfermeira, uma vez a cada quinze dias, avaliando principalmente as fichas espelhos que deverão estar sempre bem preenchidas e atualizadas. Sempre que necessários, informações adicionais podem ser buscadas nos prontuários clínicos de cada usuário.

Eixo de Organização e gestão do serviço

-Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

-Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

O papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividade física regular será definido através de reunião mediada pela enfermeira em que poderá ser estabelecimento por consenso a escolha das atribuições dos profissionais. Isso ocorrerá na primeira semana da intervenção.

-Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

A enfermeira, em reunião com o gestor a ser marcada na primeira semana da intervenção, irá, além de outros assuntos, demandar parcerias institucionais para a realização de atividade física, explicando a sua importância para a intervenção com os idosos.

-Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

A enfermeira e o médico irão estabelecer, na primeira semana de intervenção, o tempo médio de cada consulta para que haja tempo hábil para que sejam prestadas orientações em nível individual.

Eixo do engajamento público

AÇÕES:

-Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

-Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

-Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Estas orientações serão dadas pelos profissionais nas consultas clínicas, no acolhimento, nos trabalhos em grupo, nas visitas domiciliares, enfim, sempre que houver o contato com a população e se fizer necessário a orientação. Nas orientações sobre higiene bucal e próteses dentárias, o dentista e a técnica em saúde bucal também auxiliarão nesta ação. Para as atividades físicas, o educador físico do NASF auxiliará a equipe na orientação, e também usará a rádio municipal para divulgar orientações de atividades físicas. Para as ações de orientação sobre alimentação saudável, a nutricionista irá auxiliar nas ações. Também poderá ser usada a rádio comunitária para prestar orientações à comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica

-Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

-Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

-Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

As capacitações serão feitas na ESF, com a enfermeira como responsável, terão duração de aproximadamente 30 minutos e serão voltadas para todos os profissionais da ESF. Será realizado em formato de roda de conversa, e a equipe terá ampla oportunidade de sanar dúvidas que existam, pois, as informações que forem tratadas nas capacitações serão levadas à população.

2.3.2 Indicadores

Relativas ao objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no Programa.

Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Numerador: Número de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na ESF com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: Número de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia sobre higiene bucal.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O projeto de intervenção em nossa ESF terá como foco o programa de atenção à pessoa idosa, dessa forma, adotaremos os cadernos de atenção básica Nº 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde. Utilizaremos ficha de espelho de avaliação dos idosos, na qual constam os dados gerais que serão coletados. Também aborda sobre a avaliação funcional, emocional, cognitiva, risco de quedas em dependência das atividades que seja capaz de realizar no dia a dia. A ficha de espelho também traz informações sobre o exame físico com avaliação nutricional, IMC, pressão arterial, acuidade visual e auditiva, doenças que sofre como Hipertensão Arterial Sistêmica e DM, cardiopatias, dislipidemias, artroses, osteoporoses, exames laboratoriais ou outros. Também constam hábitos de vida, estado da nutrição, os hábitos tóxicos, uso de álcool, se pratica atividades físicas ou não e qual é a periodicidade semanal, utilizaremos o quadro de avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa que contempla a

nutrição com IMC, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória, atividades diárias, domicílio como riscos de acidentes escadas, banheiro com corrimão, quedas e suporte social. Complementaremos ambas avaliações para abranger uma maior quantidade de informações necessárias sobre os pacientes idosos de nossa área adstrita como a saúde bucal e uso de próteses dentárias. As informações sobre saúde bucal ficarão no prontuário odontológico dos usuários e posteriormente será transcrito para as fichas de espelho, estimamos alcançar com a intervenção consultar os 80% dos idosos da população de posto, logo necessitaremos de 150 fichas-espelho que foram informadas pela enfermeira na secretaria de saúde. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. A estimativa do número de idosos residentes na área disponível na tela inicial do caderno das ações programáticas não é adequada com a realidade da minha ESF porque temos pessoas idosas.

Os registros de cadastramento, sejam os prontuários clínicos e planilha de coletas de dados dos idosos, ficarão na recepção da ESF, assim como as fichas de avaliação para completar os dados gerais e anexar a ficha individual, fichas de espelho dos usuários que será avaliada pela enfermeira e médico para a realização do exame físico e laboratoriais, diagnóstico e tratamento. Também será avaliada pelo nutricionista e odontólogo da ESF, assim como por assistente social se precisar. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para consulta de rotina nos últimos 3 meses. Mediante o cadastramento, será registrado na ficha sobre consulta em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e avaliações sem atraso. Quanto às ações relacionadas à capacitação da equipe, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico para que toda equipe utilize essa referência na atenção aos idosos. O médico e o enfermeiro da ESF serão os mediadores das capacitações, que ocorrerá na mesma ESF nas sextas-feiras, às 16hs com uma duração de 45 minutos. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Também se falará do tema em cada reunião de equipe que ocorre uma vez por mês. A capacitação da equipe e dos demais profissionais da ESF será feita pelo médico e enfermeira especialista em ESF. Os protocolos de atendimento dos usuários idosos serão explicados e estarão dispostos no lugar visível para utilização de qualquer funcionário da ESF, os protocolos serão fornecidos pela secretaria de saúde

solicitados pelo médico ou enfermeira da ESF. Capacitaremos a equipe para manejar as intercorrências mais prevalentes na pessoa idosa, que ocorrerá na mesma ESF nas sextas-feiras, às 16hs com um tempo de 45 minutos, os materiais que vamos a utilizar são, de saúde, papel, canetas, folders, Datashow, que serão solicitados pela enfermeira ou médico na secretaria.

Para as ações de acolhimento dos idosos, este será feito pelos recepcionistas e enfermeira, a qual fará a primeira avaliação de risco e priorizará a ordem de atendimento em dependência da idade, doenças associadas, limitações físicas ou locomotoras, mentais entre outras. Em caso de doença aguda será atendido no mesmo turno. Idosos que procurarem o serviço buscando por consulta de rotina, deverão ter prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor que 3 dias. Os idosos que vierem à consulta sairão da ESF com a próxima consulta agendada. Eles serão acolhidos com escuta humanizada, dando informações sobre o programa de atenção à saúde dos idosos e atender bem suas necessidades.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas da pessoa idosa não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes do acolhimento serão reservadas 10 consultas por semana ou mais caso seja necessário.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os representantes de conselho comunitário de saúde, utilizaremos os sítios de encontro de reunião do conselho comunitário de saúde, igrejas, escolas, a sala de recepção dos usuários na ESF, etc. O médico e a enfermeira organizaram palestras, propaganda gráfica, entre outros, precisando de papel, canetas, folders, Datashow, que serão solicitados pela enfermeira ou médico na secretaria. Apresentaremos o projeto esclareceremos a importância do mesmo para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e solicitaremos apoio da comunidade para que não fique nenhum idoso sem avaliação e acompanhamento em nossa área adstrita. Os responsáveis destas atividades são o médico a enfermeira e temos o apoio dos demais membros da equipe.

Quanto ao monitoramento da ação programática, ao final de cada semana se fará pelo médico e a enfermeira as atividades de monitoramento como a revisão das fichas espelhos, prontuários clínicos identificando seu correto preenchimento, a realização de atividades física regulares, as orientações sobre risco de tabagismo,

orientações nutricionais, a cobertura e o correto acolhimento dos idosos, a atualização das informações do SIAB, a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, o monitoramento e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde, o monitoramento da qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, em cada consulta será solicitada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e será monitorado sua forma de preenchimento. Semanalmente, também será avaliado o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso, com a supervisão da enfermeira. Ao fazer busca ativa de usuários faltosos já agendará os idosos para um horário de sua conveniência, sendo que a agenda não precisará ser alterada, pois as consultas serão como consultas de encaixe entre os atendimentos do período. Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável semanal em cada grupo de idosos na quinta-feira de manhã com um café de manhã para eles, o tema será, como é uma alimentação saudável, assim motivá-los mais, orientando aos usuários idosos e famílias sobre a importância de uma alimentação saudável. Para isto toda equipe: médico, enfermeira, as ACS farão diversas atividades de grupo, e visitas domiciliares juntos. Contamos com o apoio do NASF para o desenvolvimento do nosso projeto.

Os ACS farão busca ativa de todos os idosos em atraso informados pela enfermeira semanalmente e agendará o idoso para a próxima consulta para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha de acompanhamento serão consolidadas na planilha eletrônica. A enfermeira da ESF será também a responsável pela avaliação da qualidade dos registros no prontuário eletrônico e os outros registros utilizados na intervenção, identificando também os usuários com necessidades de atendimento odontológico. Verificará no cadastro da farmácia popular o acesso dos usuários aos medicamentos, e realizará um controle dos medicamentos indicados no tratamento das doenças crônicas. Todo medicamento que estiver em falta será solicitado ao gestor pela enfermeira.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com toda a equipe da ESF. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação da ESF para que utilize esta referência na atenção aos idosos.

comunidade sobre assuntos do programa.																
Implantar fichas de espelho/planilha de coletas de dados/livro de registro.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Obs.: Inicialmente o projeto foi desenvolvido para uma intervenção de 16 semanas, mas, por necessidade de ajuste no calendário do curso, a intervenção passou a ter 12 semanas.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As semanas da intervenção foram de muito trabalho, mas foram muito produtivas. Sem dúvidas a intervenção veio mudar para melhor muitas coisas na ESF. Antes da intervenção nosso projeto foi apresentado aos gestores de saúde e aprovado, contando com seu apoio e colaboração para o desempenho e divulgação nos meios de comunicação da cidade. Já no início da intervenção fizemos uma reunião com a equipe para retomar o trabalho e juntos começar as atividades planejadas da intervenção. Cada um de nós ficou conhecendo seu papel nesta ação programática, além do protocolo disponibilizado para o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. O protocolo encontra-se impresso nos diferentes espaços de atendimento, assim como no laptop da sala de reuniões, acessível a todos para qualquer sanar dúvida apresentada. Também o projeto foi apresentado à comunidade nas diferentes micro áreas para seu conhecimento, sendo que os ACS ofereceram orientações durante suas visitas domiciliares.

O foco da intervenção foi eleito, dentre os grupos prioritários de saúde de acordo com o Ministério da Saúde, o que mais deficiente se encontrava na ESF no momento da análise. O tema foi avaliado na reunião da equipe e toda a equipe concordou. Foram dias de dúvidas e temor, dadas algumas dificuldades objetivas, mas o projeto de intervenção nos deu suporte para desenvolvermos as ações e iniciar a intervenção.

Nas reuniões da equipe, que são realizadas nas sextas-feiras, foram realizadas as capacitações sobre os diversos temas para ampliar nosso conhecimento sobre o projeto de intervenção e sobre o protocolo de atendimento, e assim, fazer uma melhor avaliação da população. A equipe conseguiu mudanças

importantes, como a união, adesão ao protocolo o trabalho em equipe. Os idosos contam com um turno semanal para seus atendimentos e se sentem bem acolhidos na ESF.

O esforço da equipe foi muito grande, principalmente nas últimas semanas com a redução do número de semanas de 16 para 12 semanas, a equipe trabalhou arduamente, pois queria atingir as metas pactuadas no início. Foram necessárias fazer algumas mudanças dentro da rotina semanal, como a priorização do atendimento dos idosos em todos os turnos, e a realização das visitas que faltavam na área, em que se cadastraram muitos idosos que ainda não estavam no programa. Também relato que na saúde bucal, o dentista foi de muita ajuda, priorizando as consultas a usuários idosos, e a técnica de saúde bucal participou nos trabalhos em grupo, nas visitas domiciliares. Também foi de muita ajuda o pessoal de apoio do NASF (Farmacêutico, Nutricionista, a responsável pelo Artesanato, Educador físico).

Dentre as ações que estavam previstas a ser desenvolvida, a maioria delas foi possível executar em sua totalidade, outras foram realizadas parcialmente. Nas primeiras semanas realizamos todas as capacitações previstas com a equipe, utilizando os protocolos do Ministério de Saúde disponíveis em nossa ESF nos horários das reuniões semanais de equipe, sempre ministradas pela médica e a enfermeira.

Durante os atendimentos clínicos no período da intervenção, garantimos a realização dos exames clínicos apropriados, solicitação de exames complementares, avaliação multidimensional rápida em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde. Conseguimos realizar todas as ações de monitoramento, facilitada pelo registro da ficha espelho e planilha de coleta de dados, com a participação da médica, enfermeira e a técnicas de enfermagem. Foram acompanhadas e discutidas semanalmente pela equipe.

No objetivo da cobertura foram desenvolvidas integralmente. As ações do eixo de Organização e Gestão do Serviço foram realizadas o acolhimento a todos os idosos que chegaram a nossa ESF, cadastramento de todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e se atualizaram todas as informações do SIAB. Essas ações foram realizadas pela médica, pela enfermeira e a técnica de

enfermagem, e realizadas integralmente. Já no eixo de engajamento público, orientamos a comunidade sobre a importância destas avaliações clínicas e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e se compartilharam com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, ação que foi realizada nas salas de espera e nas reuniões com a comunidade.

Quanto ao cumprimento da periodicidade das consultas, previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela ESF, foi possível realizar na totalidade dos idosos, como comentado anteriormente, os quais foram acompanhados mensalmente, com os retornos agendados. Para alguns poucos que não retornaram no período indicado, foi necessário fazer a busca ativa.

Na organização e gestão do serviço, para conseguir a maior qualidade nos registros dos idosos acompanhados na ESF, foi preciso monitorar as fichas espelho, as quais foram implantadas e estão atualizadas em 100% delas. Os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foram realizados no momento das consultas pela técnica de enfermagem, que foi capacitada para o preenchimento das fichas espelhos e das cadernetas, facilitando a realização desta ação. Contamos com quantidade suficiente de fichas espelhos e caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Quanto ao engajamento público se informou na comunidade sobre a importância de realização das consultas, e se esclareceu aos idosos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas durante as reuniões com a comunidade e na sala de espera, e foi realizada pela médica e a enfermeira.

No objetivo de avaliação de risco, na organização e gestão do serviço, priorizou-se o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade, os idosos fragilizados na velhice e se facilitou o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente. E quanto ao engajamento público, orientou-se os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco, a os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente e também aos idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na ESF. Ações que foram realizadas integralmente.

Quanto as garantias de registros adequados, no eixo de organização e gestão dos serviços, foram planejadas e executadas várias ações. O cadastramento da totalidade dos idosos foi feita diariamente à medida que os idosos compareciam para atendimento, bem como o acolhimento de todos os idosos que procuravam a ESF. As atualizações dos registros do SIAB são feitas pela enfermeira em cada dia de atendimento e atualizadas para a secretaria de saúde mensalmente.

Ainda com objetivo de melhorar os registros, garantiu-se busca dos idosos, por meio das visitas domiciliares das ACS. Organizou-se a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Garantiu-se também a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Realizou-se a solicitação dos exames complementares durante o atendimento clínico.

Foi solicitado, pela médica e pela enfermeira da equipe à nossa gestora municipal, agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabeleceu-se sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, e foi realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e se estabeleceu um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Garantiu-se o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa e organizou-se a agenda para visitar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Ações que foram realizadas integralmente graças ao interesse e o trabalho da nossa equipe.

Em cada atendimento, na avaliação de risco, priorizou-se o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice, a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na ESF e se priorizou o agendamento de visitas domiciliares de todos os idosos com rede social deficiente, os quais também foram identificados e encaminhados com a assistente social.

Quanto ao objetivo de promover a saúde dos idosos da área da unidade de saúde, definiu-se o profissional responsável pela orientação nutricional para hábitos

alimentares saudáveis para todos os idosos, o número de idosos com obesidade / desnutrição, a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, o número de idosos que realizam atividade física regular e as atividades educativas individuais. A equipe conta com o apoio de educador físico e nutricionista do NASF, e estes é que forma os profissionais que realizaram as ações de acompanhamento nutricional e de atividades físicas. Todas estas ações relacionadas a este objetivo foram realizadas integralmente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não tivemos ações previstas que não foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção não houve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O programa de atenção à saúde da pessoa idosa é uma realidade na nossa ESF. Apesar de que ainda estamos distantes da perfeição, estamos satisfeitos com os resultados obtidos até o momento. Agora, nossa intervenção forma parte da rotina de nossos atendimentos. Uma situação que já é irrevogável, pois acredito que chegou para permanecer. Apesar de não cadastrar 80% dos usuários previstos, que era nossa meta quanto ao indicador de cobertura, a meta de nossa equipe agora é alcançar 100% de idosos moradores da área adstrita na ESF em um período de outros dois meses. Temos indicadores ainda por melhorar, mas continuaremos trabalhando para manter um bom atendimento e satisfação da população, como por exemplo, continuar com a coleta e sistematização de dados de todos os usuários

idosos de nossa área de abrangência, seguir os atendimentos e controle segundo o protocolo, além de fazer atividades de educação em saúde de forma periódicas. Isso indica que vamos continuar trabalhando para oferecer uma atenção de qualidade a todos os usuários idosos cadastrados em nossa ESF.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Depois da finalização da intervenção que teve duração de doze semanas, os resultados são apresentados através de uma avaliação de todos os indicadores que foram utilizados durante a intervenção. Para o cumprimento ou não de cada meta, foram de muita utilidade as ações de monitoramento e avaliação, pois foi por meio delas que conseguimos identificar o alcance das metas da intervenção. Independentemente delas, outras ações foram importantes, como explicarei neste relatório.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da unidade de saúde para 80%.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

O número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde, de acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas do curso, foi de 319 idosos. Pelo cadastramento realizado pelas ACS, o número real de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção é de 290. Antes da intervenção haviam 138 idosos acompanhados na unidade, que correspondia a 43%. No primeiro mês da intervenção, tivemos 37 usuários idosos cadastrados dos 290 idosos moradores da área (12,8%), no segundo mês, tivemos cadastrados 79 dos 290 idosos (27,2%), e no terceiro mês tivemos cadastrados 140 dos 290 hipertensos (48,3%).

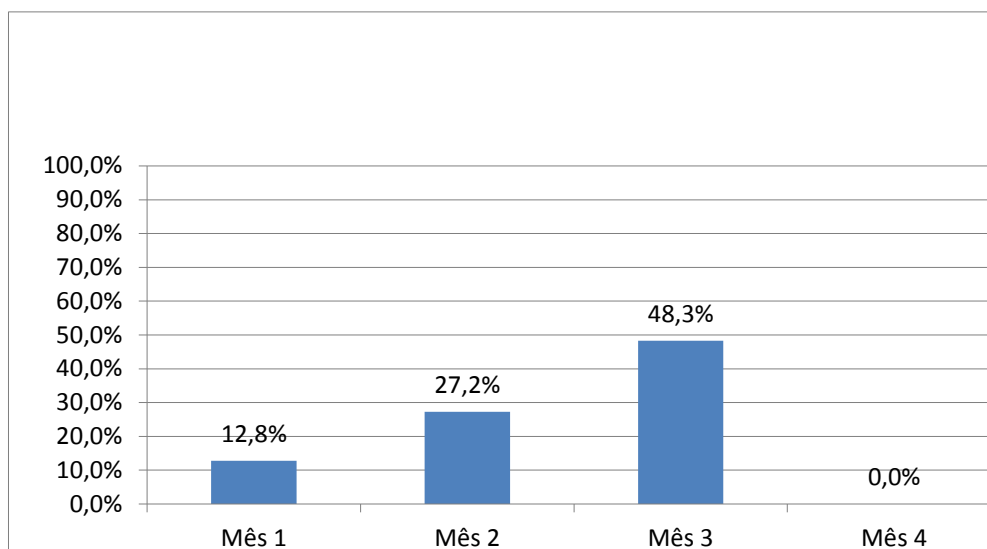


Figura 1. Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Rio Verde.

Isto nos permite dizer que não alcançamos a meta de cobertura de ampliação da cobertura dos Idosos da área de abrangência no Programa de Atenção à Saúde da população idosa da unidade de saúde, mas obtivemos uma evolução positiva. Melhoramos o acolhimento aos idosos que chegaram à nossa unidade de saúde, os quais foram devidamente recebidos com escuta humanizada. Isso ajudou muito o cadastramento de idosos no programa da unidade. Após o acolhimento, garantimos o registro dos idosos cadastrados no Programa. Foram registrados os casos novos, diagnosticados pela médica em consulta na ESF. Para viabilizar esta ação, cada vez que o usuário chegou à nossa ESF, a enfermeira fez uma revisão para ver se ele estava cadastrado no livro. Após o atendimento clínico, a médica preenchia sua ficha-espelho. Os ACS também foram essenciais nesta meta, captando idosos ainda não cadastrados no programa. Todos os dias, reservamos quatro vagas na agenda destinada aos idosos procedente da busca ativa pelas ACS, em visitas domiciliares e para os usuários com alto risco. Dentre os fatores que dificultaram o alcance desse indicador temos a distribuição geográfica de nosso município, pois ele tem localidades do interior de difícil acesso, com ampla extensão territorial, e muitos usuários não tem como chegar até a ESF. Além disso, alguns deles dão mais prioridade ao trabalho e não conseguem destinar tempo para cuidar da sua própria saúde. Também há idosos que moram sozinhos, dificultando o comparecimento na ESF.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao idoso na ESF Manoel Bernardino Dos Santos.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Antes da intervenção 123 idosos tinha a avaliação multidimensional rápida realizada. O número de idosos acompanhados na ESF nestes três meses foi de 140 idosos, os quais receberam uma avaliação multidimensional rápida com a realização de exame clínico apropriado com a maior qualidade segundo os protocolos da atenção à saúde dos idosos (nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, memória, função dos membros inferiores, atividades diárias, domicílio, queda, outras). No primeiro mês da intervenção, tivemos 17 usuários idosos com avaliação multidimensional rápida em dia de 37 idosos cadastrados moradores da área de abrangência (45,5%), no segundo mês, tivemos todos os 79 idosos em acompanhamento com avaliação multidimensional rápida em dia (100%), e no terceiro mês tivemos todos os 140 idosos acompanhados com avaliação multidimensional rápida em dia (100%). Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais e a participação ativa dos usuários.

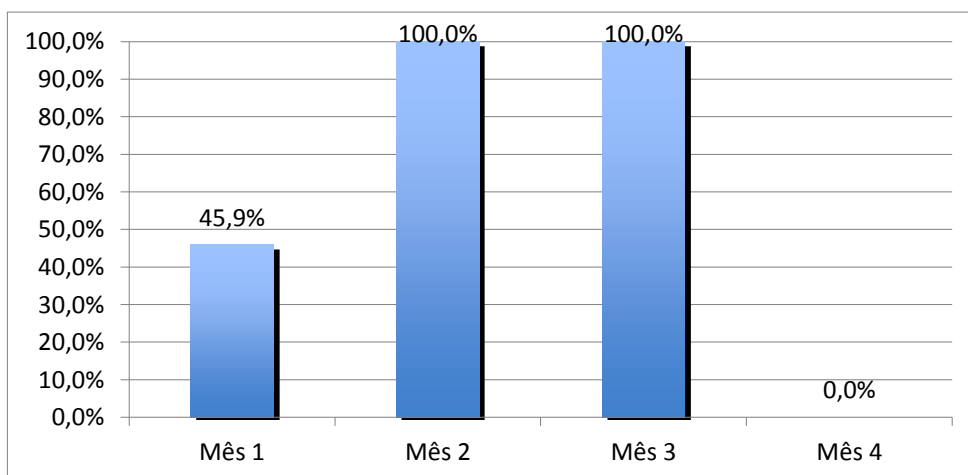


Figura 2-Gráfico da proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Antes da intervenção, 123 idosos estavam com exame clínico realizado. No primeiro mês da intervenção foram atendidos 14 usuários idosos com o exame físico apropriado dos 37 acompanhados (37,8%). No segundo mês, com todos os 79 idosos acompanhados (100%). No terceiro mês, todos os usuários que participaram na intervenção, neste caso 140 idosos, ficaram com exame clínico apropriado para 100%.

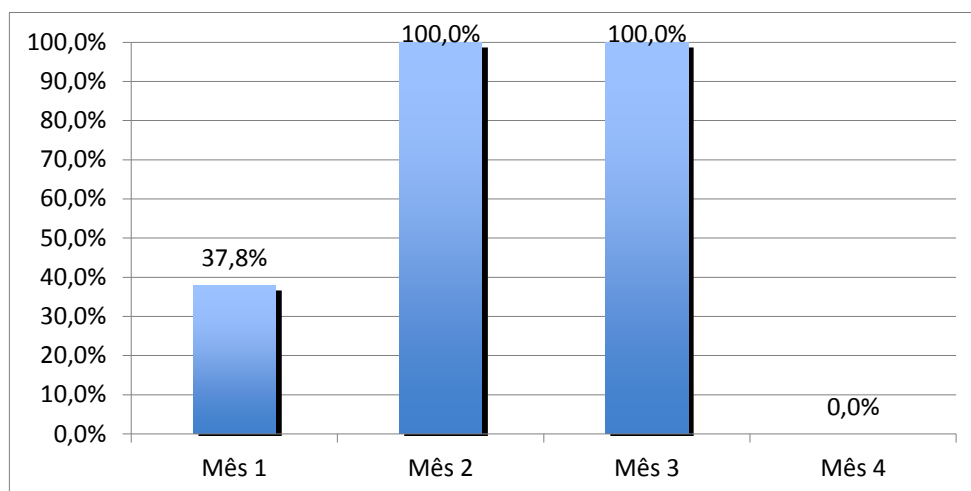


Figura 3- Gráfico da proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais e a participação ativa dos usuários. Para dar cumprimento a este objetivo, foram realizados pela médica exames clínicos com muita qualidade e foram considerados aspectos relevantes avaliados no exame físico segundo o estabelecido no protocolo do MS como: medidas antropométricas obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC). Isto nos permitiu diagnosticar um alto número de idosos com hipertensão e diabetes com obesidade; inspeção de fâcies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária; medida da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca; pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação de turgência jugular e palpação de tireoide. Exame do precórdio e ausculta cardíaca; exame do

pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos. Exame do abdômen, extremidades com palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos, e exame neurológico. Nos idosos com diabetes foram examinados os pés (lesões cutâneas, infecções bacterianas ou fúngicas, estado das unhas, calos e deformidades). Avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de membros inferiores. Ainda no eixo de organização e gestão do serviço, definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários idosos hipertensos e diabéticos para facilitar o andamento do serviço. Também foram desenvolvidas ações no eixo do engajamento público para dar cumprimento a este objetivo, pois fizemos orientação aos idosos com hipertensão e diabetes e à comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Para os idosos com doenças crônicas diagnosticadas, a prevenção da obesidade, quando estava descompensado de sua hipertensão, foram avaliados pela nutricionista do NASF, e os que tinham uma doença mental associada, foram avaliados pela Psicóloga do NASF, todas estas ações fizeram que nossa meta fosse cumprida em 100%.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Antes da intervenção, os idosos com doenças crônicas não estavam acostumados a fazer exame complementares a cada três meses. No primeiro mês da intervenção, tiveram solicitação de exames complementares periódicos 7 dos 23 hipertensos e/ou diabéticos do programa (30,4%), no segundo mês 41 dos 44 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa (93,2%), e no terceiro mês todos os 72 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa tiveram solicitação de exames complementares periódicos em dia (100%).

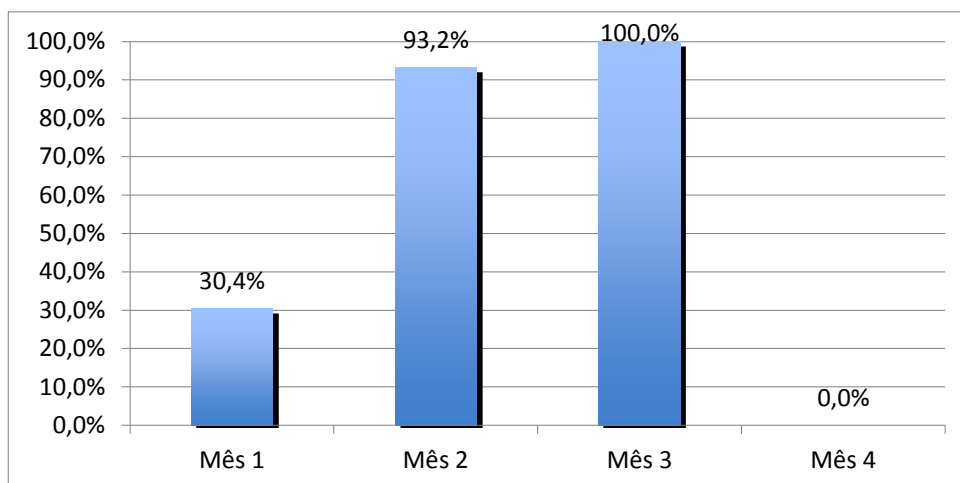


Figura 4- Gráfico da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Esta meta foi mais difícil de ser cumprida no primeiro mês da intervenção, pois tínhamos poucas cotas para exames fornecidas pelo município em nossa ESF, mas com a ajuda dos gestores da secretaria conseguimos mais cotas para os exames, principalmente aos idosos com doenças crônicas (diabetes/hipertensão) para realização dos exames complementares definidos segundo protocolo. Os exames foram solicitados pela médica para 100% dos hipertensos e diabéticos que apresentavam atraso em relação a esses exames. Também posso dizer que muitos hipertensos e diabéticos idosos estavam acamados e com complicações próprias da idade, outros com problemas de locomoção as quais impossibilitavam a realização dos exames, mas os demais foi possível comparecer na ESF no dia da coleta de sangue a qual ocorre duas vezes no mês. Além disso, mesmo que o usuário conseguisse realizar os exames no serviço privado, os resultados demoravam muito tempo para serem entregues ao usuário, às vezes até semanas. Durante o período da intervenção fizemos um controle rigoroso dos exames que estavam pendentes. Fizemos a conferência, semanalmente.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Antes da intervenção alguns idosos estavam em uso dos medicamentos fornecidos pela Farmácia Popular. No primeiro mês, após o início da intervenção, 21 dos 37 idosos cadastrados no programa tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (56,8%). No segundo mês, 40 dos 79 dos idosos cadastrados (50,6%). E finalizamos, no terceiro mês, com todos os 140 idosos cadastrados com prescrição de medicamentos da farmácia popular (100%).

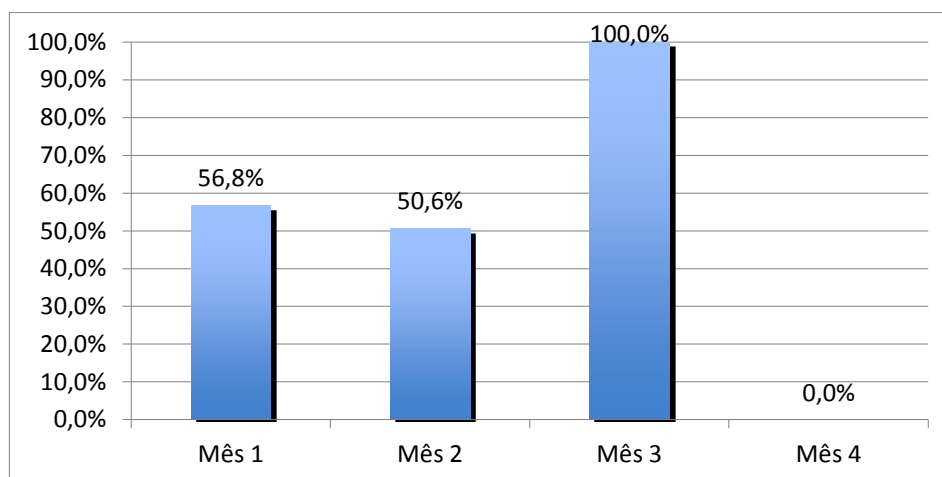


Figura 5- Gráfico da proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

No primeiro mês apresentamos muitos idosos hipertensos/ diabéticos que não tinham conhecimento que poderiam adquirir seus medicamentos na farmácia popular de forma gratuita. Mediante a intervenção, por meio das ACS, eles foram informados e atualizadas suas cadernetas da Farmácia para poder adquirir os medicamentos. Alguns usuários estavam fazendo uso de medicamentos combinados com outros que não pertencem à farmácia popular/Hiperdia, mas que na avaliação individualizada fizemos mudanças para que eles adquirissem os medicamentos de nossa farmácia.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Antes da intervenção os idosos acamados ou com problemas de locomoção não estavam com o cadastramento atualizado, mas graças a intervenção esta meta

foi cumprida em 100%. No primeiro mês foram cadastrados 8 usuários idosos (100%), no segundo mês 18 para (100%), no final foram cadastrados 25 usuários acamados, ou seja 100% de cumprimento da meta. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais e o empenho das agentes comunitárias de saúde no cadastramento da população.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Esta meta foi cumprida em 100%, embora termos tido dificuldade com o transporte, mas sempre conseguimos chegar até o domicílio dos idosos com problemas de locomoção. No primeiro mês foram feitas 8 visitas domiciliares a usuários idosos com problemas de locomoção (100%), no segundo mês 18 (100%), no final foram 25 visitas domiciliares a usuários idosos para 100% de cumprimento da meta. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais e também o cadastramento de toda a população da área pelas ACS.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Esta meta foi cumprida, pois durante a intervenção foram examinados os prontuários médicos e a maioria dos idosos havia apresentado verificação da PA em sua última consulta médica. No primeiro mês foram rastreados 37 idosos com verificação de pressão arterial (100%), no segundo 66 para (83,5%), a intervenção foi concluída com 140 idosos com verificação da pressão arterial no último mês para (100%).

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais e o empenho de toda a equipe.

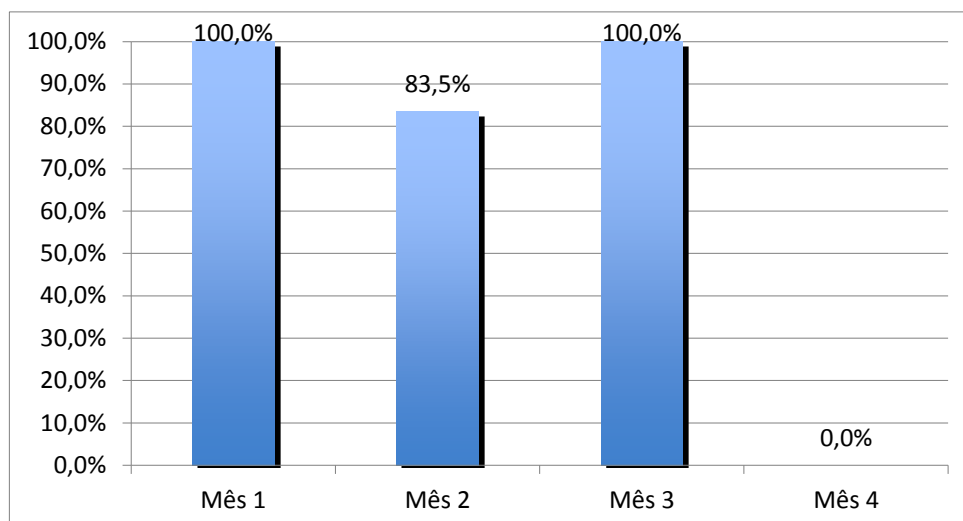


Figura 6-Gráfico da proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Antes da intervenção, o rastreamento dos idosos hipertensos para diabetes, após examinar os prontuários médicos quase a maioria dos idosos hipertensos não eram rastreados para diabéticos. Durante a intervenção, no primeiro mês foram rastreados todos os 9 idosos hipertensos para diabetes (100%), no segundo mês 21 (100%), e a intervenção culminou com 34 idosos rastreados para 100%.

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais, além de destacar o empenho da médica e da enfermeira.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Antes da intervenção a maioria dos idosos não era examinada segundo as suas necessidades odontológicas, sendo apenas 72 idosos com avaliação de saúde bucal.

Esta meta foi cumprida em conjunto com a equipe de saúde bucal (dentista e assistente bucal). Segundo avaliação das necessidades nos primeiros meses não foi cumprida a 100% pois devo admitir que não é um exame que em todas as consultas aos idosos é realizada, mas uma vez mais nossa intervenção nos ajudou a examinar das melhores formas a nossos idosos, sendo examinados segundo suas necessidades. No primeiro mês foram avaliados 32 idosos avaliados segundo sua necessidade odontológica (86,5%), no segundo mês 78 idosos (98,7%). E a intervenção finalizou com 140 idosos avaliados (100%).

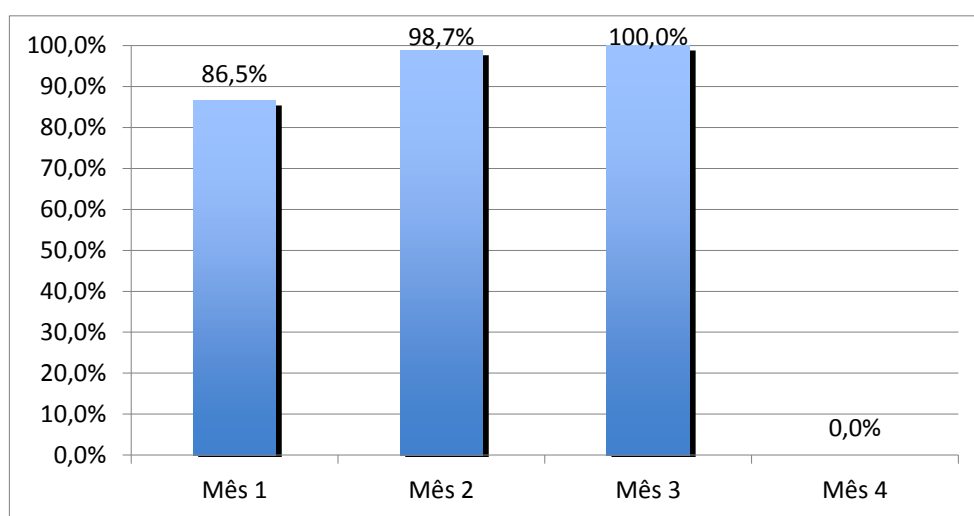


Figura 7- Gráfico da proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais. Além para o alcance desse indicador explicamos aos usuários a importância de manter boa saúde bucal, e todos eles cooperaram para a avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Antes da intervenção esta meta não era cumprida, mas com a intervenção conseguimos encaminhar os usuários idosos com necessidades odontológicas para fazer a consulta odontológica, outros já se encontravam em seguimento por nossa equipe de saúde bucal. No primeiro mês foram atendidos 17 usuários (45,9%), no segundo mês 71 usuários (92,4%), e finalizamos a intervenção com 136 usuários

atendidos (100%). Também temos que relatar que apresentamos usuários com problemas de locomoção, embora foram avaliados quanto a sua necessidade odontológica não poderiam chegar a ESF para sua primeira consulta odontológica.

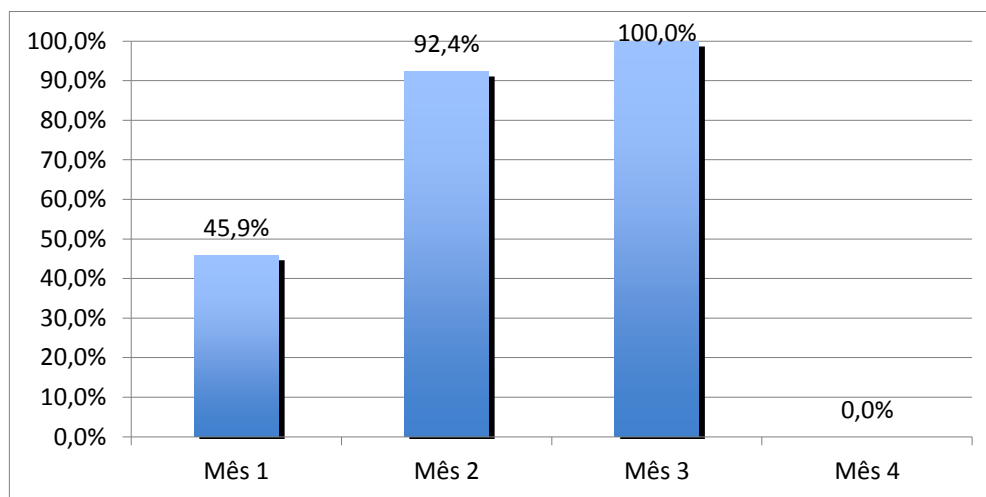


Figura 8- Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais. Além disso, para o alcance desse indicador explicamos aos usuários a importância de manter boa saúde bucal, e todos eles cooperaram para a avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3. Melhorar a Adesão de atenção ao idoso na ESF Manoel Bernardino Dos Santos.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Antes da intervenção os usuários idosos que faltaram as consultas médicas programada não recebiam busca ativa, e graças à intervenção conseguimos no primeiro mês 12 buscas ativa de idosos faltosos (66,7%), no segundo mês 20 buscas (100%), culminamos a intervenção com 27 idosos que receberam busca ativa pelas ACS e as visitas domiciliares feitas pela médica (100%). Com este trabalho, conseguimos um maior controle dos idosos faltosos a consultas programadas, além de uma maior comunicação com as ACS. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais, e o trabalho em equipe.

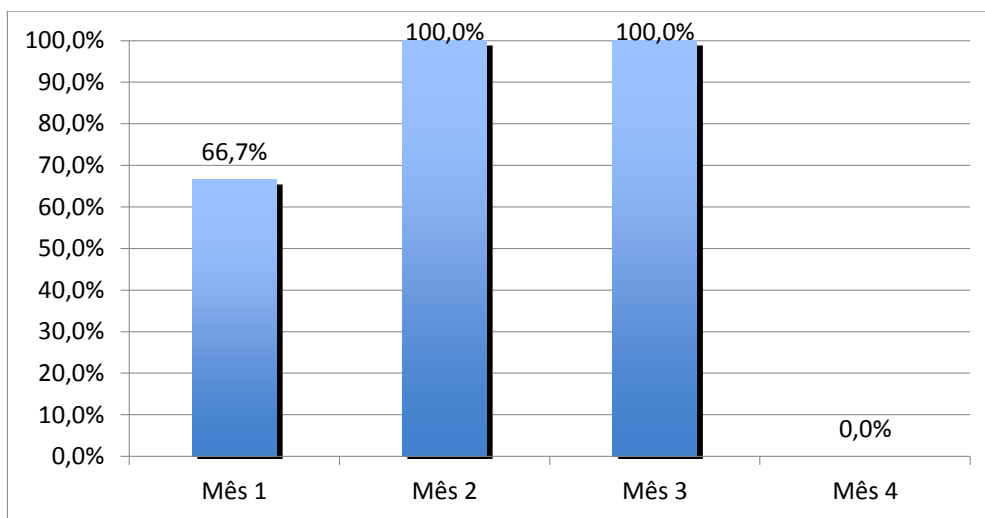


Figura 9- Gráfico da proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Objetivo 4; ampliar o Registro de atenção ao idoso na ESF Manoel Bernardino Dos Santos.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Antes da intervenção os dados dos usuários idosos não eram preenchidos com boa qualidade na ficha de espelho. Alguns já possuíam cadastro de acompanhamento, mas não com a qualidade de dados oferecido pela ficha-espelho. Também não havia monitoramento dos dados coletados, ou seja, na ficha estavam presentes o nome do usuário e os medicamentos em uso, com a intervenção conseguimos registrar no primeiro mês 28 usuários idosos com registro na ficha de espelho em dia para (75,7%), no segundo mês 79 usuários idosos (100%), a intervenção finalizou com 140 idosos com os registros na ficha de espelho em dia (100%) com todas as ações e procedimentos a que tiveram acesso. Também monitoramos, durante a intervenção, a manutenção dos registros atualizados, por meio da planilha eletrônica de coleta de dados. Durante os três meses sucessivamente, tivemos 100% dos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Todos os usuários tinham ficha de acompanhamento, porém considero que eram incompletas, uma vez que só tinha registro do nome do usuário e dos medicamentos que faziam uso.

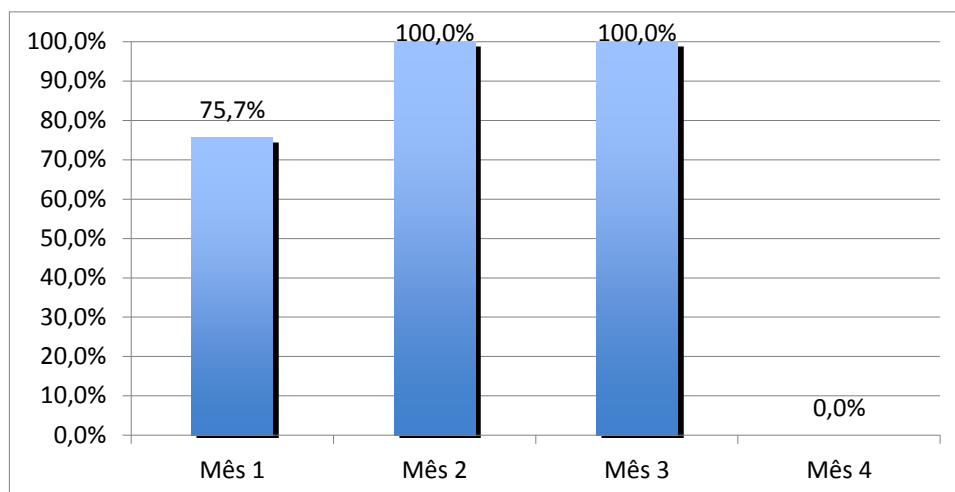


Figura 10- Gráfico da proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais, e o trabalho em equipe. No início da intervenção não contávamos na ESF com a quantidade suficiente, de fichas de espelho, mas a secretaria de saúde foi informada pela enfermeira e foram fornecidas as fichas em número suficientes para preenchimentos dos dados dos idosos.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Antes da intervenção não eram todos os idosos que contavam com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Durante a intervenção no primeiro mês apresentamos uma proporção de 24 idosos com caderneta de saúde da população idosa (64,9%), no segundo mês foi de 79 idosos (100%), e a intervenção culminou com 140 usuários idosos com a caderneta de saúde da população idosa (100%), com anotações de todas as ações e procedimentos a que tiveram acesso.

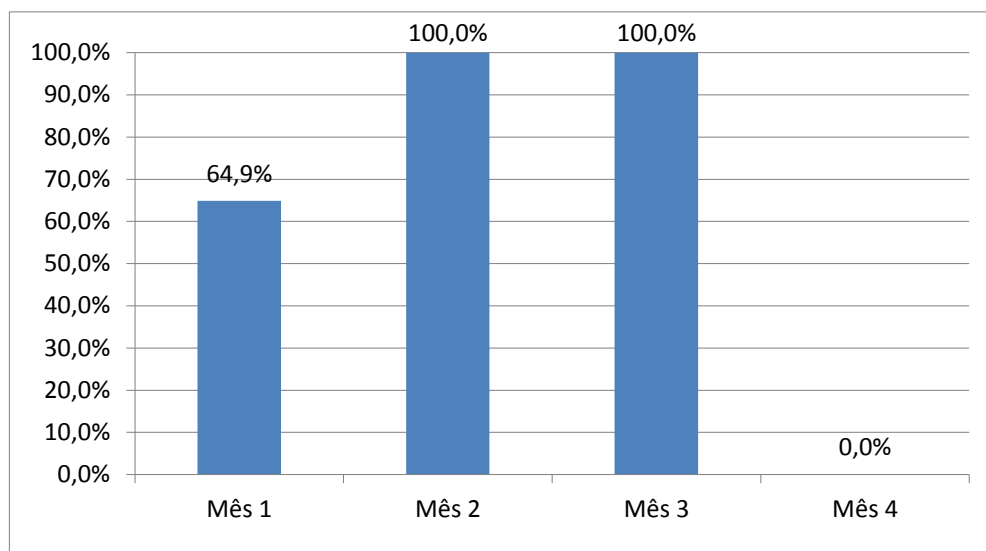


Figura 11- Gráfico da proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais, e o trabalho em equipe. No início da intervenção não contávamos na ESF com a quantidade suficiente da Caderneta de saúde da População Idosa, mas a secretaria de saúde foi informada pela enfermeira e foram fornecidas em número suficientes para preenchimentos dos dados dos idosos.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência na ESF

Manoel Bernardino Dos Santos.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Antes da intervenção os idosos eram avaliados segundo o risco de morbimortalidade, mas não com a qualidade requerida. Nos prontuários clínicos não ficou registrado o tipo de risco, foi um trabalho em equipe em conjunto com as ACS, meta que foram avaliadas em cada consulta realizada e na visita domiciliar, cada idoso foi avaliado segundo o protocolo do MS, o seu risco de morbimortalidade. No primeiro mês foram avaliados 23 usuários idosos (62,2%), no segundo mês 79 usuários (100%), e a intervenção finalizou com 140 usuários idosos avaliados segundo seu risco de morbimortalidade totalizando 100%. Os fatores que

contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais, e o trabalho em equipe.

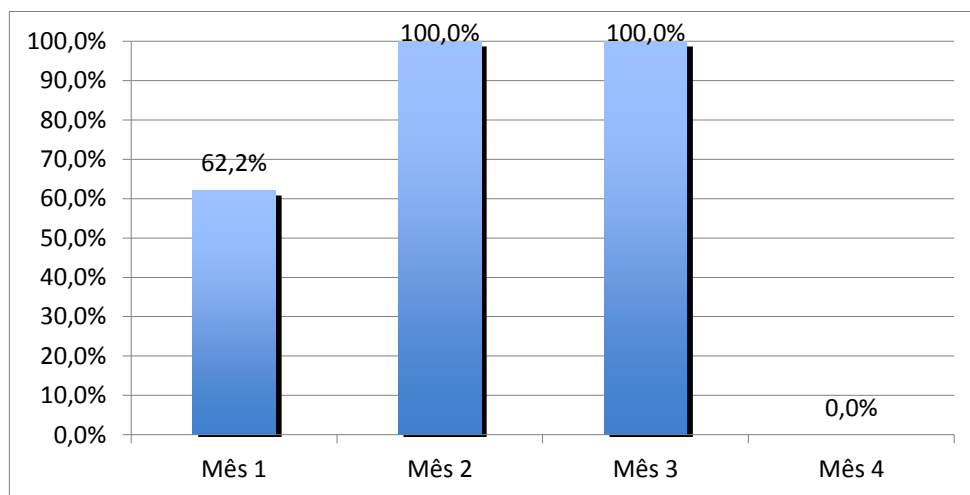


Figura 12-Gráfico da proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Antes da intervenção, os idosos não eram avaliados com a qualidade requerida. Durante a intervenção, os idosos foram avaliados segundo o risco de fragilidade na velhice com a qualidade requerida, sendo no primeiro mês foram avaliados 24 idosos (64,9%), no segundo mês 79 idosos (100%), e a intervenção finalizou com 140 idosos avaliados (100%), todos avaliados segundo sua doença, estado de necessidade, declínio funcional, queda, hospitalização, se apresentavam problemas neuromusculares, segundo a deficiência encontrada foi encaminhado para diferentes especialidades.

Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais, e o trabalho em equipe.

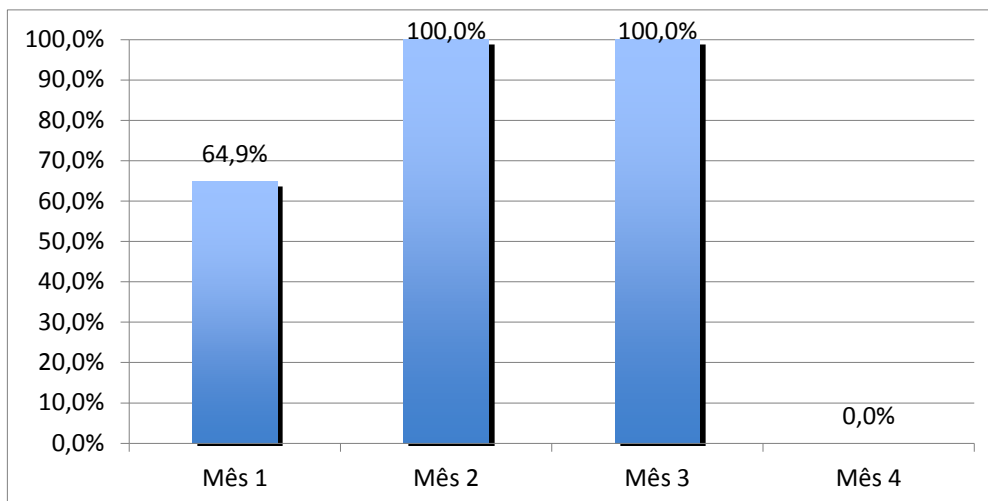


Figura 13- Gráfico da proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Antes da intervenção os idosos não eram avaliados com qualidade, e somente depois do início da intervenção, os idosos foram avaliados segundo a rede social com a qualidade requerida, sendo que no primeiro mês foram avaliados 21 idosos (58,6%), no segundo mês 79 idosos (100%), e a intervenção finalizou com 140 idosos avaliados (100%). Nos prontuários de idosos registraram-se a avaliação de rede social, além da avaliação pela assistente social naqueles usuários com rede social deficiente. Os fatores que contribuíram para o alcance desse indicador foram a capacitação dos profissionais, e o trabalho em equipe.

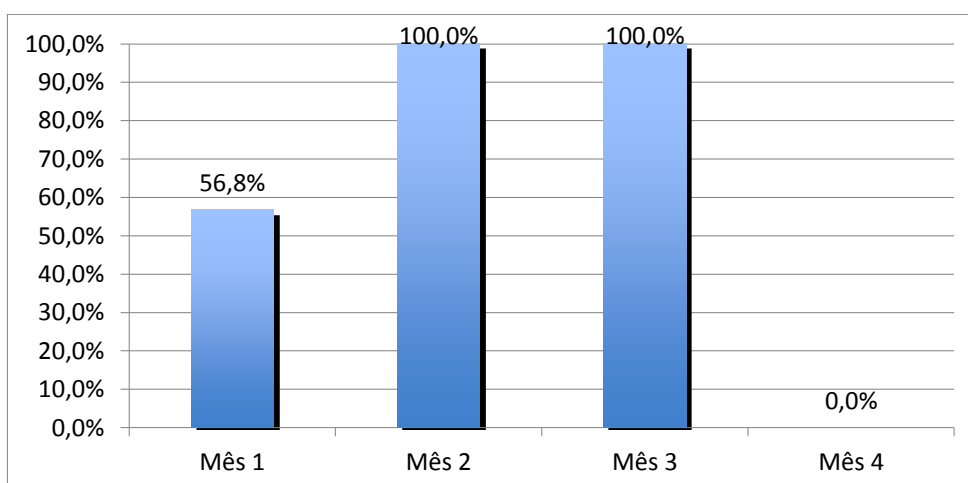


Figura 14- Gráfico da proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos na ESF Manoel Bernardino Dos Santos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Antes da intervenção os idosos só assistiam as consultas programadas pela nutricionista, mas não se realizavam trabalhos com grupos, e nas consultas não eram programadas orientações nutricionais. Durante a intervenção, no primeiro mês foram avaliados 26 usuários (70,3%), no segundo 79 (100%), finalizando a intervenção com 140 usuários orientados (100%).

Isto foi possível nas consultas médicas e nas rodas de conversas educativas promovidas pela equipe na sala de espera da ESF, nos dias das consultas planejadas. Também contamos com a nutricionista do NASF que ajudou com os trabalhos coletivos sobre as práticas alimentares, também mediante as consultas dos idosos que apresentavam problemas de alimentação e eram encaminhados para a nutricionista.

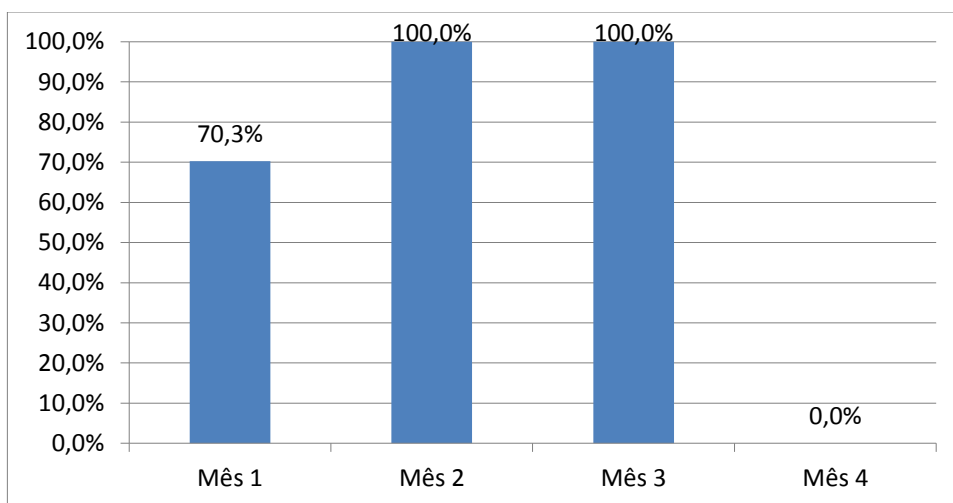


Figura 15- Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Antes da intervenção na minha ESF não tínhamos grupos de idosos para fazer e estimular as práticas de atividades física, os idosos não eram orientados sobre a importância do exercício físico. Durante a intervenção, no primeiro mês, conseguimos orientar 25 idosos (67,6%), no segundo mês 79 (100%), e a intervenção terminou com 140 idosos que receberam orientações para prática regular de atividade física (100%).

Isto foi possível devido as orientações nas consultas e nos trabalhos educativos realizados pela equipe nos dias das consultas, destinada aos idosos, sobre a importância da prática de atividade física. Também contamos com ajuda do educador físico do NASF, que realizou trabalho no grupo de idosos além da ginástica que foi realizada semanalmente em cada bairro da comunidade.

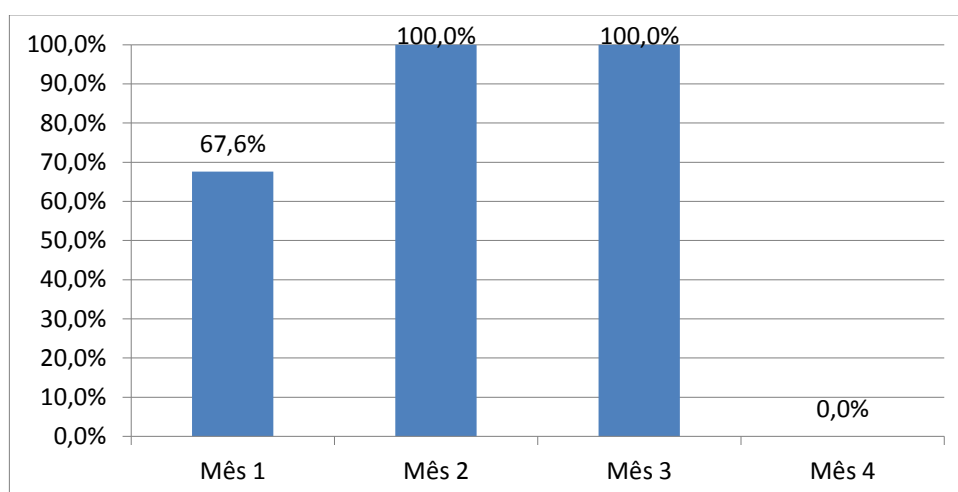


Figura 16- Gráfico da proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Antes da intervenção, os idosos não eram informados nas consultas sobre a higiene bucal, e com a intervenção, no primeiro mês, conseguimos orientar a 19 idosos (51,1%), no segundo mês, 72 idosos (93,7%), a intervenção culminou com 140 idosos orientados sobre a higiene bucal (100%).

Durante a intervenção usuários idosos foram orientados em todas as consultas sobre a importância da higiene bucal e participaram dos trabalhos em grupo sobre os temas que aconteceram na sala de espera da unidade de saúde, antes das consultas planejadas para os idosos, que foram realizadas pelo dentista e assistente de consultório odontológico.

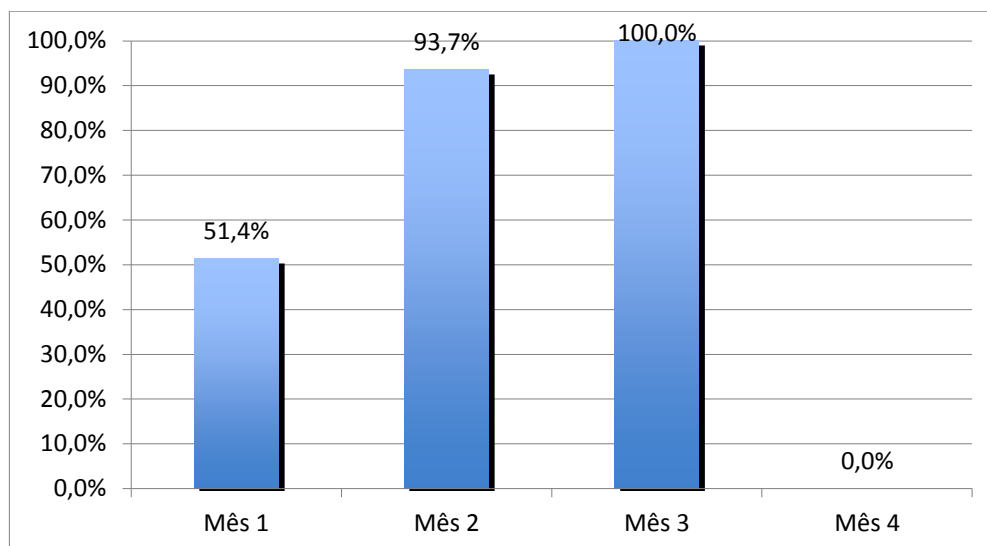


Figura 17-Gráfico da proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

4.2 Discussão

A intervenção na ESF nos permitiu a ampliação da cobertura da atenção para os usuários idosos para 48,3%. Propiciou-nos também, melhorar a qualidade da atenção ofertada aos idosos, com destaque para a ampliação do exame clínico apropriado para cada usuário idoso, segundo sua doença. Além disso, com a intervenção, tivemos maior facilidade para fazer a classificação de risco dos usuários, a melhoria dos registros, a melhoria na adesão dos idosos hipertensos e diabéticos, assim como a promoção à saúde dessa população.

A intervenção para equipe foi uma experiência maravilhosa, porque ficamos mais unidos, mais fortalecidos e esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem e ACS.

Foi necessário, para que pudéssemos desenvolver uma intervenção com bases sólidas, que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, segundo os protocolos de saúde da população idosa. Isto permitiu que cada integrante da equipe adquirisse os conhecimentos necessários para saber o que fazer quando algum problema com os usuários envolvidos na intervenção se apresentasse, tanto na ESF, como nas visitas domiciliares. Dessa forma, muitos problemas foram resolvidos, sem que fosse necessária a presença da médica. Algumas das vezes, os problemas foram solucionados pela enfermeira, pela técnica de enfermagem ou pelos próprios agentes comunitários de saúde. Em outros casos, quando necessário, foi feita a avaliação médica e este trabalho, em conjunto com a equipe, facilitou a obtenção das melhorias na atenção de cada usuário. Conseguimos fazer com que o atendimento fosse feito de forma integral e que os usuários ficassem contentes com a qualidade da atenção ofertada pela equipe.

Com a intervenção, o trabalho da técnica de enfermagem e da equipe em geral, ficou mais organizado. Os prontuários e os registros também ficaram mais organizados, devido à implantação do arquivo específico para os prontuários dos usuários idosos classificados por sua doença, organizados com base no micro áreas dos ACS, o que facilitou bastante, na localização das fichas-espelho.

Houve uma melhoria no acolhimento dos idosos que chegavam à nossa ESF, em que foram acolhidos e escutados adequadamente. Este acolhimento foi feito pela técnica de enfermagem ou por qualquer outro integrante da equipe.

A intervenção propiciou também que todos os integrantes da equipe fossem capacitados para abordar os usuários, orientando-lhes sobre a importância de fazer modificações nos estilos de vida, sobre a necessidade de realização de exames complementares, sobre o direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos na Farmácia Popular, sobre a importância de frequentar a consulta. A busca ativa dos faltosos foi realizada pelas ACS, com muito sucesso, uma vez que visitaram as residências dos faltosos e os convenceram de voltar a frequentar a ESF, explicando-lhes que já não seria necessário vir de madrugada para pegar ficha de atendimento, pois seriam priorizados. Informaram, ainda, sobre a reserva de vaga diária destinada aos idosos.

Com a intervenção, houve a melhora da comunicação e o fortalecimento do binômio médico-enfermeira, que possibilitou a obtenção de resultados satisfatórios.

Todos os profissionais da equipe envolveram-se mais e tivemos um aumento na responsabilidade do atendimento dos usuários idosos.

Para mim, como médica, nossa intervenção foi uma experiência única e inesquecível, pois me permitiu realizar atendimentos clínicos com muita qualidade e de forma integral aos usuários idosos. Chegar a cada um deles quer seja na ESF, ou nas visitas domiciliares, ouvir sobre seus problemas físicos, psicológicos ou de outras origens, trocar experiências e conhecimentos com todos os usuários, propiciou-me aprender sobre a cultura e costumes do povo brasileiro. Facilitou-me, também, propor as mudanças nos estilos de vida da população, formas de vidas mais saudáveis, por meio de conversas educativas em grupo.

A intervenção proporcionou-me fazer visitas domiciliares a acamados idosos que não tinham como chegar à nossa ESF. Tenho certeza que com a intervenção realizada em nossa ESF, obtivemos uma melhoria significativa na atenção aos idosos. No que diz respeito a mim, com a intervenção pude superar-me profissionalmente por meio das vivências, hoje eu sou uma pessoa melhor, que cada dia ama mais a profissão e os usuários, que são a razão do nosso trabalho.

Foi necessário, para que pudéssemos desenvolver uma intervenção com bases sólidas, que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, para os atendimentos dos idosos. Todos os profissionais da equipe envolveram-se mais e tivemos um aumento na responsabilidade com os usuários idosos.

Antes da intervenção tínhamos fichas de acompanhamento preenchidas pelos próprios ACS, muitas delas incompletas. Com a intervenção, cada usuário idoso, passou a dispor de uma ficha-espelho, preenchida pela médica com todos os dados, o que nos permitiu uma atualização qualitativa constante dos registros.

O acolhimento na nossa ESF também foi melhorado. Todos os idosos com HAS e DM que foram avaliados como de alto risco, teve seu atendimento priorizado, sendo que foram reservadas quatro vagas diariamente na agenda para estes casos, ou para outros que necessitassem.

Como as consultas foram previamente agendadas, houve uma diminuição do problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea), o

que propiciou a otimização do processo de trabalho. Incrementamos o horário dos atendimentos aos usuários idosos e passamos atendê-los às quartas-feiras, no período da manhã e tarde, além das 4 vagas disponibilizadas, diariamente.

A nova estratégia, em relação à ampliação do horário, possibilitou a diminuição das críticas feitas pelos usuários, que eram muitas. Por vezes, antes da intervenção, eles chegavam à ESF e não tínhamos mais fichas de atendimento. Para ter certeza do atendimento, era necessário chegar de madrugada na unidade de saúde. Após a intervenção, isso foi solucionado e a população ficou muito contente.

Outras das vantagens da intervenção para o serviço foi a busca ativa dos faltosos às consultas e neste caso, os ACS tiveram um trabalho meritório, porque foram reagendados 100% dos faltosos. Foram muitas conquistas obtidas pela equipe com a intervenção no serviço e a unidade de saúde teve o reconhecimento quanto à qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Com a intervenção, conseguimos organizar melhor nosso trabalho, pois foi necessária uma atualização constante e quantitativa dos registros, facilitou-se a melhoria no acolhimento, a priorização do atendimento e busca ativa dos faltosos, propiciou a otimização do processo de trabalho, pois com as consultas previamente agendadas, diminuiu-se o problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea).

Para a comunidade a intervenção foi de muita importância, pois nos permitiu a melhoria no acolhimento e acompanhamento dos idosos, facilitou-se a realização de atividades em grupos, como as conversas educativas em grupo, nas quais foram desenvolvidas atividades de promoção, prevenção de saúde. Com a intervenção melhoramos os atendimentos dos idosos com hipertensão e diabetes, assim como a busca ativa dos faltosos. Houve um maior contato com o usuário. Com as consultas previamente agendadas, diminuiu-se o problema da falta de fichas de atendimento (redução da demanda espontânea). Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura.

Nossa intervenção vai ser incorporada na rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o processo de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco. Pretendemos ampliar o cadastro dos idosos até alcançar a meta de 100%, vamos melhorar o processo de realização de exames aos idosos hipertensos e diabéticos, para isso

pretendemos priorizar as vagas que oferta a secretaria municipal de saúde para os usuários hipertensos e diabéticos para que façam os exames.

Nossa equipe, após as 12 semanas de intervenção, continuou realizando o mesmo trabalho com os idosos, cadastrando os casos novos, fazendo preenchimento da ficha de espelho, realizando atendimentos clínicos com muita qualidade, fazendo trabalhos educativos em grupo, onde os principais temas continuam sendo promoção de saúde. Portanto, nossos próximos passos são continuar aperfeiçoando nosso trabalho e ampliar a cobertura dos idosos, entre outros.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimado gestor,

O presente relatório tem como objetivo informar a respeito da intervenção que foi desenvolvida na ESF Manoel Bernadinho, que visou a melhoria da atenção à saúde da população idosa pertencente à área de abrangência da unidade. A equipe de saúde trabalhou em conjunto na intervenção em nossa população por um período de 12 semanas, na qual foram cadastrados e acompanhados os usuários maiores de 60 anos de idade moradores da área de adstrita à unidade.

A intervenção fez parte dos requisitos formativos do curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão. A mesma estava prevista para ser realizada num período de 04 meses (16 semanas), e por motivos de adequação do calendário do curso foi reduzida para 12 semanas, mas sem perder a qualidade da intervenção.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica, em que levantamos os pontos positivos e fragilidades da ESF tanto com relação à estrutura física como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à ESF. Após essa análise, foi decidido em equipe que realizaríamos uma intervenção para a qualificação da atenção aos idosos da população da área de abrangência da equipe de saúde. Depois da análise, foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe, baseado no protocolo de Saúde da População Idosa e no Caderno de Atenção Básica de Saúde dos Idosos do Ministério da Saúde nº 37 e 36 respectivamente, do Ministério da Saúde publicados em 2013.

Após essa análise decidimos ampliar a cobertura de atendimento aos idosos, melhorar a adesão e a qualidade do atendimento a esses usuários realizado na ESF, com melhoria no registro das informações, do mapeamento dos idosos para doenças cardiovasculares, da promoção da saúde dos usuários cadastrados no programa.

A população vinculada à equipe de saúde é de 2335 habitantes residentes na área de abrangência da ESF. De acordo com nesta população vinculada à equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas, a estimativa para a população maior de 60 anos é 319, mas de acordo com o levantamento realizado na unidade, registramos 290 idosos residentes na área.

Antes da intervenção os registros específicos dos usuários idosos eram incompletos e desatualizados. A maioria da população desconhecia o programa de atenção à Saúde da população idosa, e apresentavam dificuldade com a periodicidade das consultas e exames complementares em dia de acordo com o preconizado pelo MS.

Com a intervenção foram cadastrados 140 usuários. A meta proposta era cadastrar 80% da população idosa, mas não foi alcançada devido a redução dos meses da intervenção, mas nossa equipe alcançou um indicador de cobertura de 48,3%, o qual será ainda mais trabalhado, assim como os indicadores de qualidade.

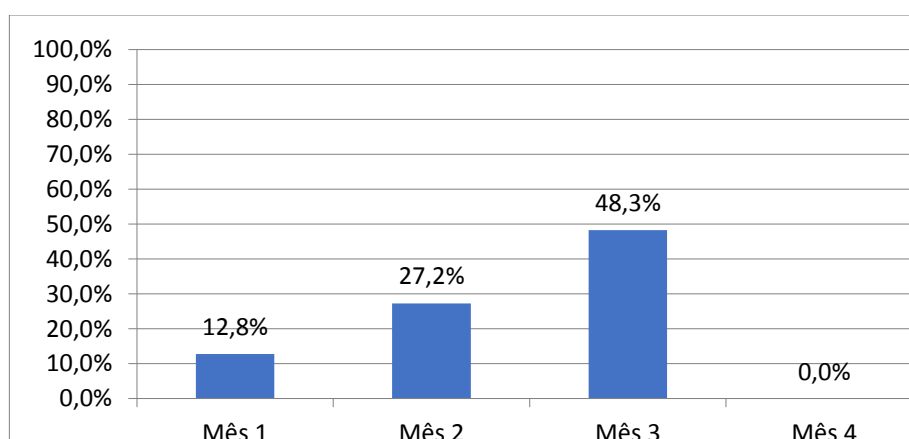


Figura18- Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Rio Verde.

Também serão incluídos cuidados aos familiares das pessoas acompanhadas. Atendendo ao objetivo de melhora na adesão dos idosos ao programa conseguimos realizar a busca ativa de 100% dos usuários que faltaram nas consultas agendadas. Foi alcançado 100% nas metas de realizar avaliação

multidimensional rápida, exame clínico apropriado, priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, cadastramento de idosos acamados, rastreamento para hipertensão arterial, avaliação da necessidade de tratamento odontológico, distribuir a caderneta da pessoa idosa, rastrear para risco de morbimortalidade e de fragilização na velhice, entre outras.

Diversas ações foram realizadas, como monitoramento e avaliação das ações, esclarecimento à comunidade a respeito de informações sobre cuidados com a saúde, informações sobre a intervenção, sobre os direitos da comunidade, e incentivo para que a população participe do planejamento das ações na unidade, acolhimento dos idosos, capacitações para a equipe e para os ACS. Realizamos, também, várias ações de promoção em saúde com atividades na ESF e na comunidade. Ainda, durante, principalmente, os atendimentos clínicos, os usuários cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Tivemos dificuldades ao iniciar a intervenção, pois a equipe de saúde estava com dúvida e insegura na organização e preenchimento dos registros das informações, assim como não havia suficiente fichas espelho, caderneta de idosos. As cotas de exames complementares fornecidos para nossa ESF não eram suficientes para começar a intervenção, problemas que foram apresentados à direção da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde e resolvidos. Nossa equipe trabalhou muito para que nossa intervenção fosse feita com a qualidade requerida, o que possibilitou melhorar o acolhimento das pessoas e o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde.

Como fatores limitantes para realizar o correto desenvolvimento do trabalho proposto, apresentamos inconformidade com o transporte para fazer as visitas domiciliar, lembrando que os domicílios ficam longe da ESF.

Agradecemos aos membros da equipe que atuaram de forma dinâmica na realização deste trabalho, assim como aos membros do NASF que cooperaram na inclusão de nossa população nas diferentes atividades realizadas por eles. Além dos líderes comunitários que foram parte muito importante da intervenção.

Podemos destacar que nesta ação programática esta incluída dentro da rotina de trabalho de nossa ESF. Agradecemos aos membros da equipe pelo interesse demonstrado para o desenvolvimento da atividade e aos integrantes da

equipe do NASF que também melhoraram a qualidade das atividades desenvolvidas na ESF e nas comunidades de nossa área ajudando a adesão do grupo alvo ao programa priorizado pelo SUS. Agradecemos também à gestão pelo apoio que nos foi dado e por acreditar que seria possível fazer desenvolver este trabalho para melhoria da atenção prestada na nossa ESF.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

É um grande prazer estar aqui hoje com vocês, para falar a respeito de uma intervenção que tivemos aqui na nossa unidade de saúde, como muitos de vocês devem saber. Esta intervenção é um conjunto de ações que tinham como objetivo melhorar o atendimento oferecido para a comunidade, mas principalmente para os idosos. Foi realizada no período de 3 meses (12 semanas). A importância do trabalho da intervenção é que, com a melhora na qualidade na atenção à saúde dos idosos, conseguiremos diminuir risco de infartos, derrames, e as sequelas que estas doenças deixam, além de poder dar uma qualidade de vida melhor.

Também fez parte deste trabalho fazer uma avaliação das condições da unidade de saúde, e de como estava acontecendo o atendimento antes da intervenção. Com base nisso, decidimos então que a ação programática que merecia mais atenção nesse momento era a atenção a Saúde da população idosa. Para oferecer um atendimento de qualidade seguimos o que o Ministério da Saúde recomenda.

Antes disso, fizemos um levantamento na unidade para conhecermos um pouco mais a respeito do seu funcionamento e descobrimos que o programa que estava com dificuldade em sua organização e com menos pessoas cadastradas, era o Programa de Atenção a Saúde dos Idosos.

Muitos de você chegavam ao posto para serem atendidos e nem sempre conseguiam, porque não tínhamos fichas disponíveis para todos, mas desde que começou a intervenção, os idosos ganharam prioridade.

Para a felicidade da nossa equipe, muitos de vocês começaram a chegar e outros vieram da busca ativa feita pelas ACS. Passo a passo fomos organizando o nosso trabalho.

Todos os cadastrados no programa passaram a ser melhor recebidos na unidade, tiveram um atendimento de qualidade, com exame físico, avaliação da alimentação, pedido de exame de sangue para identificar a gravidade das suas doenças e identificar até outras doenças que existiam. Todos receberam receitas de remédios da Farmácia Popular. Os usuários que estavam com atraso nas consultas foram avisados e buscados em suas casas e podiam escolher o horário que queriam ser atendidos.

Tivemos muitas palestras na nossa sala de espera e na comunidade e a maioria de vocês pode conhecer um pouco mais sobre as doenças, suas características, os riscos e o que fazer para evitá-las. Conheceram também sobre os exames de sangue, quando e onde fazer, a possibilidade de adquirir os medicamentos da Farmácia Popular gratuitamente. Vocês receberam ainda orientações sobre a importância da alimentação saudável, a prática regular de exercícios físicos, os cuidados com a higiene bucal e conhecimentos sobre os riscos do fumo para quem tem pressão alta e diabetes.

Fizemos muitas visitas às casas dos idosos ou de quem não conseguia vir à unidade de saúde, para cuidar da pressão alta, diabetes.

Acreditamos que seja importante falar com vocês sobre as dificuldades, porque poderão colaborar, nos ajudando a convencer os gestores sobre a importância de cada um desses itens. Como ter mais oportunidades para fazer exames de laboratório.

Apesar das dificuldades apresentadas, a intervenção foi feita com muita qualidade, amor e dedicação, os objetivos propostos foram cumpridos e vocês estão podendo sentir isso. Muito obrigada a cada um de vocês que nos inspirou e permitiu fazer o nosso trabalho da melhor maneira possível, cumprindo com os nossos ideais enquanto profissionais responsáveis pela sua saúde!

Conseguimos, ao final da intervenção cadastrar 140 idosos, conseguimos melhorias para o serviço principalmente no atendimento. Não conseguimos cadastrar todos os idosos, mas os cadastrados foram avaliados no atendimento clínico apropriados, exames complementares realizados, avaliação multidisciplinar e odontológica, risco de fragilidade, risco de adoecer, além de serem orientados sobre práticas nutricionais, prática de exercício físico, cuidado de saúde bucal.

Pretendemos dar continuidade em tudo porque percebemos o quanto foram importantes para a população e para a nossa equipe essas mudanças, entretanto, precisamos que a gestão também reconheça e apoie o nosso trabalho.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o curso pude adquirir diversos aprendizados. A interação com o orientador e com os colegas nos fóruns clínicos e, sobretudo, a realização dos estudos de prática clínica e casos clínicos interativos estimularam o raciocínio clínico e o manejo adequado dos problemas de saúde e possibilitaram ampliar e aprofundar o conhecimento aos temas relacionados com a APS. Todos esses espaços e ferramentas do curso contribuíram na qualificação da prática clínica, para poder realizar diagnóstico integral e tratamento adequado sobre uma base epidemiológico-científica. Ainda, o fórum de saúde coletiva permitiu um espaço onde pudemos escrever sobre a nossa realidade em cada área e sobre os avanços e dificuldades encontradas no processo de forma a trocar experiência com os colegas e orientadores, ampliando o conhecimento das políticas em saúde no Brasil. Além disso, compartilhei o aprendido com a equipe multidisciplinar da ESF onde trabalho, trouxe para os fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes e compartilhei experiências que ajudaram na realização da intervenção.

Desde minha chegada ao Brasil não tinha experiência sobre esta modalidade de ensino e aprendizagem a distância. Inicialmente, foi um pouco difícil compreender o Projeto Pedagógico do curso, mas com o decorrer dos dias, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, comecei a participar dos fóruns, interagi com alguns colegas, a aprender conteúdos e a entender o projeto pedagógico do curso. Aos poucos fui ficando ainda mais familiarizada com o curso, com a ajuda de meu orientador que, com profissionalismo, realizava correções e orientações sempre que eu tivesse dificuldades, para assim poder continuar com o desenvolvimento da especialização.

Eu aprendi muito com o ensino a distância, pois permitiu me revisar os protocolos de atuação disponibilizados pelo curso e criados pelo Ministério da Saúde, os quais considero de vital importância para nosso trabalho no Brasil, se temos em conta que apesar de que as doenças são muito similares a Cuba, os protocolos são diferentes.

Considero que o curso foi muito importante para meu desenvolvimento tanto pessoal, como profissional, pois além de reforçar meus conhecimentos sobre a saúde dos idosos, ajudou-me a conhecer a importância do trabalho em grupo para o adequado funcionamento da estratégia de saúde da família durante a intervenção.

Com a intervenção, aprendi que o planejamento e avaliação das ações em saúde permite melhor aproveitamento de nosso tempo e dos nossos recursos, e programar as estratégias torna possível identificar os problemas e as prioridades de intervenção e alcançar os objetivos e metas planejadas. Aprendi que uma adequada organização do processo de trabalho da equipe é importante para proporcionar atendimentos e acompanhamentos de qualidade a todos nossos usuários. Hoje estou feliz em dizer que a intervenção está incluída na rotina de trabalho no serviço, que favorece o acolhimento e qualidade na atenção à saúde dos usuários que assistem à nossa ESF.

Sobre a intervenção que realizamos no curso, desde o início achei que sua realização na ESF seria difícil diante das dificuldades apresentadas na ESF em relação aos recursos não disponibilizados e condições físicas estruturais da unidade. Ao longo do período de intervenção fui me surpreendendo ao superar e transpor os obstáculos que foram surgindo, com apoio da equipe, gestão e comunidade. No decorrer da intervenção, notei que tanto a equipe de saúde e os usuários iam se envolvendo cada vez mais com o trabalho e eu ficava cada dia mais motivada. E ao fim, com tantos resultados positivos alcançados, considero satisfatória a realização da nossa intervenção, cumprindo os objetivos e metas propostas.

Outra aprendizagem importante para mim durante a intervenção foram os encontros com a comunidade, onde eles tiravam todas as dúvidas, e nós conseguíamos passar informações a eles aumentando os conhecimentos de promoção e educação em saúde, criando assim um vínculo entre profissional e os usuários da intervenção.

Para a minha prática profissional, o curso de especialização em saúde da família da UFPEL significou a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca

da ESF e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da ESF, contribuindo para a melhora da atenção e qualidade dos usuários idosos acompanhados na intervenção, através do conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Também para o resto da população atendida na ESF, facilitou as ferramentas necessárias para identificar os principais problemas de saúde que afetam a população, assim como atualizar meus conhecimentos clínicos e práticos sobre a atenção básica no Brasil.

Posso dizer que o curso Especialização em Saúde da Família foi uma experiência única, maravilhosa e inesquecível. O curso me ajudou a superar profissionalmente e me converter numa melhor pessoa, por isso agradeço muito e reconheço o trabalho de todos os que fizeram possível o desenvolvimento deste curso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e envelhecimento**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1											
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente e pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										

A	B	C	M	N	O	P	Q	R	S	T
Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1										
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante